Commission on the Future of Health Care in Canada

Commission sur l'avenir des soins de santé au Canada

DISCUSSION PAPER NO.38

Changes and a Few Paradoxes: Some Thoughts on the Health System Personnel

by

Clémence Dallaire

Laval University

and

Sonia Normand

Laval University

November 2002

103-06724/

Catalogue No. CP32-79/38-2002E-IN

ISBN 0-662-32972-4

Although the views expressed in the papers are those of the authors, each paper was subjected to an independent peer-review process. The Commission would like to thank the Institute of Health Services and Policy Research (IHSPR), of the Canadian Institute of Health Research, for their oversight and administration of the peer-review process. The work of the authors, the reviewers and IHSPR will serve to make these papers an important contribution to the Commission's work and its legacy.

Contents

Highlights iv

Executive Summary v

Introduction 1

General Question 2
- Paradox 1: Need for a Vision of the Health System, but Difficulty of Proposing One 2
- Paradox 2: Need for Change, but Low Priority Given to Change 4
- Paradox 3: Need for Personnel, but Lack of Consideration of Personnel 5

Question 1 9
- Paradox 4: Group-Based Planning, but Increased Need for Mobility and Flexibility 10

Question 2 12
- Paradox 5: Scope of Professional Practice and Competence 12

Question 3 14

Conclusion 17

Note 18

References 19

Highlights

- Was the change made helped or hindered by management policies and practices?

  Paradox 1: Need for a vision of the health system, but difficulty of proposing one
  Paradox 2: Need for change, but low priority given to change
  Paradox 3: Need for personnel, but lack of consideration for personnel

- Overall, has the planning of human resources in the health sector been a success or a failure? What changes should be made to human resources planning in the health sector?

  Paradox 4: Group-based planning, but increased need for mobility and flexibility

- Are policies and practices regulating professional practices up-to-date and in accordance with the goals of the modern health system?

  Paradox 5: Scope of professional practice and competence

- Are educational programs producing a workforce that is meeting the needs of a changing and increasingly integrated health environment?

  When should changes be introduced in training: before or after changes have been made? Several changes are still only being talked about.

Executive Summary

The Commission has examined the way in which the nature and quality of personnel management policies and practices have helped or hindered change in the health system by asking one general question and three more specific questions. The answer to the first question examines whether the change made has been helped or hindered by the nature and quality of human resources management policies and practices in the health sector. The examination of this question revealed several paradoxes.

The first paradox is that the vision of the health system has a significant impact on the personnel and, paradoxically, that it is difficult to propose a vision. The current system is a medical care and hospitalization system, where changes aim to subdivide medical practice in order to make it less expensive. A complete redefinition of the health system could result in different roles for professionals and would require a major change in the structure of services offered. When such a decision is made, by taking into account the various viewpoints, more long-term changes will be planned, rather than continuing to divide up tasks in the current curative system.

The second paradox, in response to the change issue, is that even though change seems to be important, it is given low priority, as demonstrated by the lack of concern for certain factors that help or prevent change from being concretely implemented. Among these factors, we will mention three. First, examining the gains and losses, compensating for losses and having incentives to help make decisions when there are losses. Giving priority to change also means monitoring its implementation and, in particular, ensuring support to make the necessary adjustments, experiment with unexpected effects, and readjust accordingly. Finally, it also means focusing on the resistance within structures and integrating structural incentives in order to counter organizational inertia.

A third paradox is that while change is achieved through personnel, it tends to overlook it. Several approaches can be used to demonstrate the importance of personnel. First, viewing it as an asset and taking good care of it, by focusing on the quality of life at work, the career development of professionals, and the quality of services provided. Change must also be based on a more realistic understanding of human beings, which suggests that a change in behaviour is possible if the individual has the intention to change, but only with the necessary resources and factors that facilitate decision-making; even in these circumstances, an individual may reconsider his or her behaviour several times before deciding to take action. This is best described as a five-stage spiral process. Next, emphasizing the importance of participating in decision-making rather than the quality of communication when the decision is conveyed to the personnel, after having been made by managers and politicians. Finally, taking personnel into consideration entails justifying changes in a way that makes sense in light of the goals of adjusting or improving care and services.

This brief overview of planning required the examination of various methods, which in response to the Commission's question did not allow to conclude on either a success or a failure. Rather, it emphasized the paradox between various ways of planning that meet different objectives: training-based planning seems to promote the vision that professionals have of the

health system, whereas the vision that attempts to meet the demand does not have the required data; the vision based on effective practice must come to terms with an ambiguous definition of current tasks, which are often fragmented, leaving patients to deal on their own with various professionals. This aspect highlights the difficulty of conceptualizing planning and the lack of data to carry out an actual planning exercise. Lastly, it emphasizes the inability of current planning methods to make professionals independent. It is a complex activity that has to deal with several paradoxes and does not provide an answer to the fundamental question regarding the best way to organize health personnel.

The question dealing with policies and practices regulating professional practices shows that the professional system is not in question. Despite its limitations, that system seems to protect the public. The paradox raised by this question lies in the desire to preserve the professional structure and, at the same time, introduce the notion of competence, which is somewhat antithetical since it implies narrower professional scopes of practice, in favour of an idealized notion of collaboration and interdependence. However, interdisciplinarity requires a clear definition of roles, functions and the contributions of every individual, as well as a good understanding of the goals of partnership. It requires the juxtaposition, in the same context, of a given professional scope and the notion of competence; although these concepts differ, they are used in the same way in the paradoxical debate. Combining the notion of competence with the notion of scope of professional practice may result in increased flexibility, which nevertheless remains secondary to a definition of the roles and mission of the health system.

The last question concerns training and it is very difficult to offer a conclusive answer, since it raises more questions than it provides specific answers. It first considers when training should introduce changes and briefly examines practical training. It is often suggested that professionals should be better prepared for practice in a variety of clinical environments and that they should be trained on the continuity of care. The questions raised reveal that certain changes that were to be introduced are still more a part of the present debate than a clinical reality.

Introduction

The succession of changes in the health system have had a significant impact on personnel.[1] It seems that neither new investments, new technologies, nor administrative controls have resulted in real progress in making the system more effective and efficient, especially with regard to the public's health. Health system reforms would provide an opportunity to identify the place and role of personnel and introduce changes to it. Implemented changes seem to have considered the financial dimension, i.e. the escalation of health system budgets and the ways to counter it, more so than the primary mission, i.e. services provided, direct care and the personnel to fulfil this mission. Although it is true that personnel represents a significant expense in the health system, it is nevertheless an essential element. The Commission examined the way in which the nature and quality of personnel management policies and practices have helped or hindered change in the health system by asking one general question and three more specific questions.

Several recent reports from specialists in the field of health system personnel have already informed the Commission on the current situation, changes implemented and the main issues involved. The goal is to answer the Commission's questions about changes in the professional workforce by referring to a selected literature to support a personal vision based on years of practice, teaching, research and work as a nurse, and by using paradoxes in order to guide the reflection on personnel management policies and practices. The evidence reveals several findings and paradoxes and it may seem pointless to mention them. However, a careful examination shows that they appear to play a critical role in the present situation. This approach will allow us to better convey what seems essential, and hopefully contribute to the reflection on the topic.

General Question

> *To what extent was the desired change helped or hindered by the nature and quality of human resources management policies and practices in health, for example, education, laws and regulations, certification, licensure, accountability, etc.?*

The answer to this question depends on the prior definition of the term change, which can take on several meanings. Above all, a change is a break, an adjustment and a process; it is not a goal. Should the various alternatives proposed for the current system be described as changes? We have a medical care and hospitalization system, and this has not changed. We have changed the way of doing things and the roles of professionals and interventions, without calling into question the curative orientation of the system. Yet, there is a lot of evidence regarding the limitations of such a system to improve the public's health and, consequently, there are valid reasons for calling the vision of the system into question. Or should change perhaps be reserved for a fundamental questioning of the Canadian health system and the means it is using to improve health, such as those found in Canadian law, i.e. calling into question the medical care and hospitalization system? This study prefers the second alternative, where the desired change first addresses the vision of the health system without challenging the principles underlying the Canadian system, in particular, universality. It is suggested in this report that before examining the changes in personnel, a re-examination of the vision of the health system and its goals would be in order, taking into consideration the means used to achieve those goals, for which the contribution of personnel is essential. This choice implies that, generally, minor modifications within the current system will not be described as changes in this brief study.

Paradox 1: Need for a Vision of the Health System, but Difficulty of Proposing One

Calling the current system into question is particularly difficult to do given the number of actors and competing goals that often succeed in focusing attention on their own interests. The goal of a health system should or must be better health, meeting the expectations of the public and fair contribution to the financing of the health system (Biscoe, 2001). These goals must resolve the conflicts between several objectives, and that is why it is difficult to propose a vision. Among the conflicts, some pertain to society, such as the fair distribution of health care regardless of socio-economic status; others have to do with professionals who wish to preserve clinical autonomy by organizing care in their own way and by receiving compensation that reflects the perception of their own value; and the conflict within the system between the exercise of economic and budgetary control over health costs and the ability of government to finance for years to come (Biscoe, 2001). Moreover, these conflicts are determined by social decisions about the level of resources allocated to health, the organization of services and the financing of health and service programs, as well as the quantity and type of care provided (O'Brien-Pallas, Birch, Baumann and Murphy, 2001). Such a situation should prompt us to carefully examine the ideal perspective in this quest for financial balance and fiscal responsibility. Inevitably, choosing among priorities implies that other objectives are considered less important. The political nature of health organizations, where informal alliances and negotiations over various objectives allow for compromises, may make politicians hesitant to reveal the trade-offs made (Bach, 2001) in order to sustain the operational system.

These elements help to perpetuate the impression of the system's inertia in the turmoil created by a rapid succession of narrowly-focused changes in the short term.

At present, our health system is a medical care and hospitalization system, which already represents a form of compromise. This system favours medical practice as a means to achieve better health for the public, and conflicts are thus channelled into a medical practice subdivision exercise. For example, the proposal to allow nurses to replace doctors, which would be less costly in many cases, would mean dividing up tasks. In such a system, the pursuit of financial balance and fiscal responsibility – a source of conflict between the health system and society – could be addressed by controlling costs. The unsuccessful efforts of recent years in financing should prompt us to re-examine the vision at the heart of the current Canadian system and the conflict between the interests of that system and better health for the public. Furthermore, the current financial situation and the rise in civilization diseases associated with lifestyle further underline the conflicting viewpoints and call for a careful examination of the curative care that medicine provides. Expensive technology that allows more precise diagnoses is not a treatment; thus, it is difficult to improve health in this manner (Fournier, 1999), although this area may be of interest. Investing in a precise diagnosis without available treatment in cases where the problem is incurable perhaps does not constitute a priority investment, except in the area of research and for some of the actors involved. However, this type of expenses will probably not attract attention in the curative context, even though an effort is underway to control costs.

A variety of visions and suggestions to re-direct the health system have emerged in recent years. As many have suggested, a major redefinition of the health system could mean a larger primary care system associated with a reduced hospital system, which would be more efficient and better equipped (Smith and Preker, 2001). The report from Alberta, *A Framework for Reform*, suggests concrete ways to direct the Alberta health system towards health and away from illness. Many studies show the limitations of curative interventions and their sometimes exorbitant costs and limited results in terms of improving the public's health. A change involving a different mix of curative, preventive and promotion interventions provided by the system would undoubtedly have an impact on personnel. For example, attempting to achieve a balance between the two opposed visions of the health system, that is offering curative services and at the same time investing more in the prevention of problems which our knowledge allows us to act on seems difficult. A medical care and hospitalization system presents contradictory curative objectives and promotion/prevention objectives because different professionals usually strive towards these goals and compete with each other for resources.

While it is true that society will not be in a position to finance the growth of the curative medical care and hospitalization system, the mission of the health system will have to be specified accordingly. To date, the health system has not succeeded in proposing a vision that reconciles the objectives and roles of professionals with those of society, as shown by the budgetary debate. The health system and society should have the maturity to debate priorities, make their decisions explicit, and extend the debate beyond financial and medical considerations, which seem to monopolize the majority of current discussions. This debate is crucial to any examination of change in personnel, since it means either several modifications in the fragmentation under medical control, or a redefinition of the links between different professions and, for some, even running the risk of losing their autonomy and influence. Only then will it be

possible to specify the nature of the work assigned to personnel and consider long-term changes, rather than carrying out adjustments, modifications and the division of tasks within the current curative system. This aspect of the paradox underlines the difficulty of making decisions, mainly due to conflicting viewpoints, especially if the disruptions caused are politically difficult.

Paradox 2: Need for Change, but Low Priority Given to Change

This paradox entails reflecting on the fact that there is a constant issue of change, but paradoxically, it seems to be given low priority, as demonstrated by the lack of concern for some of the factors that foster or thwart change. Among these factors, we mention three: the difficulty of talking about change in terms of financial gains and losses for the system, the monitoring of change over a sufficiently long period, and the resistance to changing structures.

A major factor of the political process is the promotion of change that generates greater benefits than costs (Smith and Preker, 2001), suggesting that in any change there are winners and losers (Bach, 2001; Smith and Preker, 2001). An important lesson learned from reform in several countries is that many influential actors believe, rightly or wrongly, that the reform has a detrimental effect on their status, their working conditions and their compensation (Bach, 2001). Thus, resistance to change from personnel is probably based on a desire to avoid losses.

An approach that exposes gains and losses has the advantage of not requiring the approval of everyone as a precondition. Employees are able to compromise and tolerate personal losses, especially if they finds answers to the following questions: in the name of what, which principle and what vision? Human beings are often thought of as only seeking to maximize their profits, whereas concrete examples and theoretical models suggest that motives are much more complex (discussed at greater length in Godin). At the same time, it is important to ensure that the costs of change to improve the system are not assumed by individuals (Smith and Preker, 2001), particularly when this involves a career change, relocation, training or losses in compensation or status. Rather than pretending that everyone wins, what is missing in the changes that have been carried out and those which are planned is a recognition of the losses suffered and a justification of them, as well as compensation mechanisms for those losses. Incentives have to allow professionals to focus on service to individuals and the desired changes to undertake, with the understanding that their personal losses will be compensated. Such mechanisms already exist in collective agreements, but there is a tendency to view them from an administrative standpoint as constraints, thus preventing a fair understanding of their role in managing change. Moreover, change may produce savings, and efforts should be made to increase their visibility, which may be limited if these gains are spread among personnel. In short, giving priority to change involves highlighting savings and losses, using incentives to facilitate decisions when there are losses, evaluating existing mechanisms, compensating losses and making savings visible for personnel.

Another aspect that would draw attention to the priority given to change would be monitoring it for a sufficiently long period. In Great Britain, radical attempts to change personnel policies in the early 1990s failed because the Minister of Health did not provide concrete support and did not guide hospitals which were supposed to implement personnel changes. This made the local managers wary, since they believed they were receiving ambiguous messages about the priorities

set by government for personnel reform (Bach, 2001). General policies are thus not enough to specify the priority given to a particular change. This priority is better perceived if it is accompanied by implementation guidelines and, in particular, support to make the necessary adjustments, to experiment with unexpected effects and to readjust accordingly. It should not be assumed that an initiated change will not raise problems until it is fully implemented.

Furthermore, a rapid succession of changes makes their introduction difficult and does not reflect their importance. Thus, giving priority to a change means monitoring the progress of implementation until is has been stabilized and fully integrated into existing procedures before initiating another change. While everyone agrees that changes are necessary and can identify those that are being considered, there is an impression that a low priority is actually given to these changes. Some are even talking about the inertia of administrators and clinicians, referring to them as two silos that operate with different information and make little effort to reconcile their viewpoints. The perception that a low priority is given to change may only be a false impression, resulting from the opposition of stakeholders who are in a position to promote the status quo (Smith and Preker, 2001). In short, the importance of a change will be better perceived if it is carried out in conditions that ensure its implementation.

Change and the priority given to it can be considered from another perspective, that is the resistance of structures. In this category, unions and legislation can be given as examples of institutions created to reduce the scope of change (Smith and Preker, 2001), as well as the health system institution itself, which must maintain stability so individuals who need care and related services can rely on it. More specifically, any change in the organization threatens its stability and, for this reason, structural factors will cause resistance to change.

> *Quantum* change, that is, a complete reorientation, disrupts the existing organizational categories, on which planning depends. Consequently, a change of this nature tends to give rise to resistance or is often ignored (Mintzberg, 1994, p. 187). [Translation]

Integrating structural incentives to counter this organizational inertia would be one way to give priority to change. The paradox between a desired change and a perception of low priority affects the health system's capacity to initiate changes. Priority given to changes would draw attention to the winners and losers, would monitor change over a sufficiently long period, and would take into account structural resistance.

Paradox 3: Need for Personnel, but Lack of Consideration of Personnel

This third paradox reflects the fact that the health system depends on its personnel to fulfill its mission, while at the same time the system seems to consider personnel as a hindrance. Recent literature on this topic includes four key reports from Quebec (Clair, 2001), Ontario (Sinclair, 2000), Alberta (Mazankowski, 2002) and Saskatchewan (Fyke, 2001). The perspective given by these reports of human resources in the health system seems to be based on one key finding: There is a widespread climate of gloom and exhaustion within the health system, which is mainly caused by the work overload of professionals, and, more specifically, by management short-term decisions.

Any change considered within a budget restructuring perspective will necessarily come up against the paradox between the personnel's needs and the decision to cut staff, a significant source of "expenditures", often perceived by employees as a lack of consideration. For example, when governments decrease financing, the health system cuts jobs and requires personnel to be more flexible in order to control budgets. There is no doubt that the Canadian health system relies on the work and competence of its professional staff, of which nursing represents nearly 65% (Statistics Canada, 1997). The performance of the health system therefore depends on the knowledge, skills and motivation of the individuals responsible for providing services (WHO, 2000). Besides these characteristics, recent studies show that the number of professionals involved in providing care and services has a significant impact, especially on the mortality rate. This has been brought to the fore in the case of nurses, on whom the majority of studies have focused (Aiken, Lake and Smith, 1994; Fagin, 2001). Any decision to cut personnel or change their functions may be perceived as challenging their usefulness, thereby contributing to the sense of gloom and exhaustion.

To date, a rapid succession of targeted, short-term changes have taken place. Meanwhile, the expected surplus of personnel has turned into a shortage, in an overall context where numerous other problems need be dealt with. Employees have suffered disruptions, and this has made the health professions less appealing. The idea that the health system is a source of employment offering competitive benefits likely to attract a sufficient workforce must now be abandoned. This loss of appeal has been revealed by a public debate and policies in the field of personnel management, which seemed to focus more on the difficulties following compulsory retirement and job cuts, rather than on planning changes in personnel and on creating pleasant work environments. The overall impression is that physical resources are more important than individuals. It can be said that this is an important element of the current paradox in which "the administration of things is substituted for the management of people." (Enriquez, 1997). According to Koehoorn, Lowe and Schellenberg (2002), senior managers who make decisions to modify personnel are often more concerned about cost-cutting and short-term efficiency than quality of life at work or the effects on patients (WHO, 2000). Managers should obviously be concerned with the management of resources and their use, but they should also give adequate attention to the service offered by the health system and the individuals involved: management includes management of people. Adding financial concerns to personnel concerns may indeed complicate management, since what management is trying to accomplish affects the staff. Losing sight of employees may therefore be another way of adding problems that could have been prevented. Fiscal constraints have led to all kinds of unexpected adjustments in health system personnel, which are apparent in the fact that professionals consider their working conditions difficult, whereas the public perceives a threat to the survival of the health system. We will need to change the thinking of managers and the organizational culture in order to acknowledge and give long-term support to the health sector personnel, rather than carry out changes that do not emphasize the importance given to the staff. The focus on the difficulties of the health system personnel will in turn make it necessary to put forward a new approach to personnel management in order to clearly convey the attention given to employees in implementing changes.

In short, the personnel is the best instrument to facilitate change in the system with maximum effect when it is strategically linked to appropriate management, relevant policies and equivalent financing (Biscoe, 2001). The paradox between the importance and the lack of consideration of

personnel has other dimensions. Considering employees does not simply mean being concerned with salaries and working conditions, since they are not the only things that motivate health professionals. Several strategies are recommended to ensure that the system adequately considers employees, and, in particular, re-evaluates personnel management functions and redefines its mission (Biscoe, 2001).

Other measures may also be considered in order to increase the validity of this paradox, notably recognizing personnel as a strategic asset, adopting a more realistic understanding of human beings, encouraging participation in decision-making and proposing changes that make sense to the professionals, as discussed in the following sections. Taking personnel into consideration means recognizing that the complexity of the health system resides in individuals and not in the structures. In the changes, there is a simplification of that which is complex, i.e. individuals, by reducing them to rational beings that will react to change in a linear way and in the desired manner, based on policies, if they are given accurate information; what is simple, i.e. the structure, is made more complex. Recent models in the field of behavioural change suggest that such a change is possible if the individual has the intention to change, but only with the necessary resources in the environment and factors facilitating decision-making (Godin, forthcoming). In this model, the complexity of the elements involved is emphasized. Godin suggests that the intention is defined by eight variables grouped into three categories, whereas the development of an individual is best described as a spiral process with five stages, taking into account individual and environmental characteristics. In short, changes in organizations should be based on a notion of the individual that goes beyond that of a rational being with predictable behaviour, by taking into account recent knowledge in the area of human behaviour patterning, which introduces a more complex model where the environment plays a vital role.

Taking personnel into consideration entails recognizing it as a strategic asset that is carefully nurtured, being concerned about the quality of life at work, the career development of professionals, and the quality of services provided. According to Smith and Preker (2001), concern should also be shown for the relationship between the individual and the organization (culture, policy and structure). A better consideration of employees and better relationships between them, managers and government would certainly help to develop a shared vision of the importance of personnel, including the importance of managers, who also need to be re-evaluated, as suggested in the Clair Report (2001). Furthermore, while problems are at the hearth of the debate, the understanding of what employees accomplish on a daily basis is still not clear. There is thus an urgent need for a clear vision of the health system and the role of its personnel, since without qualified, motivated and committed staff, the State, through the health system, cannot play its role in the current context (Koehoorn, Lowe and Schellenberg, 2002). Leadership needs to be exercised in order to refocus changes on the fact that they are mainly carried out through health system personnel and by considering employees as an asset for the system.

Taking personnel into consideration involves proposing changes that make sense to them and encouraging them to participate to change, based on what was mentioned earlier. Moreover, the resistance of professionals to change is understandable, since the change required is not experienced as a necessity. These professionals are trained to focus on the clinical aspect of a case, whereas changes are justified from a financial perspective, an aspect with which they are generally not familiar and on which they have little information. Moreover, although they have

the necessary information concerning the financial reasons, they are probably not concerned about this aspect; they are more interested in the clinical aspect. For example, they may be asked to be flexible in order to adjust and improve care and service rather than cut expenses, which is often the exclusive concern of managers. Justifying changes in a way that makes sense to the individuals who are being asked to make the changes appears to be quite simple. Associated with other measures, this nevertheless shows consideration for health personnel.

Taking personnel into consideration means allowing them to participate in decision-making (Smith and Preker, 2001). This participation is so critical that decentralization, which increases the role of professionals in the system, seems to be favoured (Bach, 2001) and their increased commitment is expected. Decision-making needs both management and clinical data that personnel holds, which illustrates the importance of participating in decision-making. In the health system, differences in knowledge, values and attitudes between various categories of professionals, between professionals and individuals who need their care and services, and between professionals and the government should be considered when changes must be carried out (Biscoe, 2001). Differences of this nature make it difficult to communicate information in an egalitarian and rational way when participating in decision-making and subsequently developing policies. Taking into account the variety of viewpoints shows consideration for the individuals involved in the change process.

Rather than encouraging participation in decision-making, the focus is often on the quality of communication, even though the decision is conveyed to the staff after it has been made by managers and politicians. A principle often mentioned is the degree of transparency and simplicity of proposed changes, which has a significant impact on implementation (Bach, 2001). From this perspective, a policy will succeed if it can ensure that employees understand what their role is in the overall change. Many believe that this simple communication task has not been executed or has failed, which would explain the lack of success of some changes. This lack of success probably has other explanations. For example, the very principle of transparency in conveying planned changes stems from a simplification of human beings, whereas the resistance to change is directly linked with the degree to which communication is effective (Smith and Preker, 2001). While this position may be valid, it is not a guarantee of success. It is not necessary to simplify personnel's attitude toward change to such a point that a stimuli-response type situation is created, whereby good policy would be well received. Individuals do not change their behaviour based on this type of model, since numerous other factors play a role in encouraging genuine participation in decision-making, with all the efforts that this requires from the personnel, in addition to the efforts already made in providing care and services.

In short, change occurs through personnel, but the strategic importance of personnel in the health system is not generally mentioned in these changes. This paradox is a reminder that changes are carried out by employees that are viewed as an asset, to whom the proposed changes are justified based on reasons related to care and who participate in decision-making, since a more realistic understanding of human beings has been adopted. This paradox appears to play a role in the difficulty of making changes.

Question 1

> *Overall, has the planning of human resources in health been a success or a failure? What are the main strengths and weaknesses of the current approaches on a national, provincial and territorial scale? What changes should be made to the planning of human resources in the health sector?*

Workforce planning aims to balance the number of workers and their location in the organization, that is, the right person at the right place at the right time. To achieve this type of balance, Egger, Lipson and Adams (2000) suggest that there must also be coordination with the health system mission. The very orientation of the system would thus be the fundamental element of personnel planning, as discussed in the first paradox. Until very recently, the growth in professional staff was controlled by training, which adjusted supply to needs. Such a concept was based on the idea that a continuous flow of professionals could be expected. In this context, planning was not necessary and was often not done, since it was thought that planning had little or no connection with health policies and the needs of the public (O'Brien-Pallas et al., 2001).

It is important to remember that surpluses of health professionals were expected following the changes undertaken in the health system (Dussault, Fournier, Zanchetta, Kérouac et al., 2001; Mitchell, 1998; Pew Commission, 1995). It now seems obvious that other elements linked with these changes are instead announcing shortages. In this context, planning the number of specialized personnel by controlling admissions in professional programs becomes problematic due to the rather long time it takes to adjust to the needs. Moreover, this type of training requires significant efforts from individuals and creates incentives to preserve the investment already made. Consequently, training prevents rapid fluctuations in the response to demand. In other words, there is an element of irreversibility in planning based on the admission of students in a professional program that must be taken into consideration and which does not seem to reflect the rapid changes that now appear to be required in the health system.

According to Markham and Birch (1997), planning can be done on the basis of three approaches: needs, workforce demand and use. The first approach, planning based on needs, should be carried out using data that cannot currently be obtained, which makes this approach unusable. As regards planning based on workforce demand, it is difficult to carry out because of a discrepancy between the number of professionals reported in government planning documents and the actual number of professionals presently found in the care environment. The main challenge with this type of planning is dealing with clinical and administrative databases that do not provide information on the needs of the health system, the outcomes of the care provided by the staff, or the costs (O'Brien-Pallas, Birch, Baumann and Murphy, 2001). At present, this second form of planning is complicated.

The third form of planning, that based on personnel management use, has yielded satisfactory results in the context of shortage when it has used three types of strategies: more efficient use of available personnel due to better geographic distribution; when applicable, increased use of multi-skilled individuals; and better matching of skills and functions (WHO, 2000). Planning based on management allows effective tasks to be taken into consideration, the division and subdivision of each person's tasks in order to deliver several types of unrelated services, and

their assignment to individuals based on their skills. Planning of this nature raises several questions: Who determines the tasks? Do the tasks primarily serve the needs of the institution and professions and subsequently the needs of the individuals under care? Is the matching of these tasks with the goals of the organization and those of the health system being monitored? These are important questions, since professionals complain that their skills and knowledge are not being fully used. This is a source of waste that has a demoralizing effect on personnel. Furthermore, these questions indicate a concern for quality and continuity of care. In fact, the division of duties leaves patients to deal alone with the continuity between various professionals in the system. It is therefore extremely important to examine the work styles in order to gain a better understanding and to ensure a better match between tasks and needs (Gauthier, 2000).

The preceding paragraph underlines both the distinction and the complementary nature of clinical and organizational aspects of workforce planning. The clinical aspect deals with the work content of professionals and the time required, whereas the administrative aspect deals with the number of individuals, in view of the clinical requirements, and with resources, costs and the organization of services. Planning that does not encompass these two aspects will certainly prove to be problematic. For example, the large number of female doctors has exacerbated shortages because they envision their career differently. The responsibility of professionals within care and interdisciplinary teams is changing and, as a result, new roles are emerging (OIIQ, 2001). Planning should be able to take these changes into account.

In sum, this brief overview of planning, which has examined various methods, does not allow us to conclude on success or failure. Rather, it brings to the fore the paradox between various ways of planning that meet different objectives: planning based on training seems to promote the professional's vision of the health system, whereas planning aimed at meeting demand does not have the required data; planning based on effective practice must come to terms with an ambiguous definition of current tasks, which are often divided, leaving patients to deal alone with various professionals. This brings us to a new paradox.

Paradox 4: Group-based Planning, but Increased Need for Mobility and Flexibility

The preceding section clearly underlined that planning health sector personnel suffers from a lack of conceptualization, that is, numbers are strung together without clearly knowing what they represent in reality. Planning generally done by groups of professionals is often referred to as "silo planning." This type of planning is also based on a hierarchical vision of health personnel, in which one group determines the required number of professionals from other groups. This has several ramifications. First, the focus of the personnel planning analysis tends to be a profession, specifically, doctors and nurses (Bach, 2001), with the medical profession dominating the health system despite the fact that it makes up only about 10% of the total complement of professionals. Such a situation causes fragmentation into sub-occupations and planning that assumes relatively permanent roles for different groups. To all intents and purposes, planning is based on medical needs and the number of doctors. Planning of this type could be effective provided that medicine standardizes its practice, thereby facilitating workforce planning. Considerable efforts are

currently being made in this regard, particularly with the trend toward basing clinical decisions on credible data and practice guidelines.

In the first part of the paradox concerning professional groups, the current difficulties in planning may only be a consequence of the model used, that is, planning based on medical needs and the fragmentation into sub-occupations of other professions in a system that is almost exclusively curative, rather than an actual planning failure. Moreover, the health system is based on competencies, behaviour indicators required of professionals in order to increase the ability of the workforce to meet the demand (Bach, 2001). By attaching importance to the skills rather than to the individuals, it is assumed that the flexibility offered by decompartmentalization and interdisciplinarity will provide a solution to the problems of personnel shortages (Clair, 2001; Fyke, 2001; Mazankowski, 2002). In a curative system, the decompartmentalization of professions other than medicine seems to be favoured in order to achieve this objective, with implications for planning. According to O'Brien-Pallas, Birch, Baumann and Murphy (2001), it is done in an intermittent way, varies in quality and is focused on a particular profession.

Another way of planning, one in which medicine would be a group among others, would be to consider each group independently from one another. This radically different approach assumes the autonomy of each profession. In addition, this type of planning requires an examination of the use of various types of professionals within the health system. To differentiate between what currently exists, it would entail direct access of the public to various professionals, rather than rely mostly on medical practice and prescription and hospitalization. The shift to ambulatory care that has led the practice in less traditional contexts, such as the community or in the home, may benefit from this type of planning. Personnel planning would change while remaining focused on forecasting the number of professionals required. The main difficulty in this scenario would be to specify what these various professionals would do and, accordingly, estimate the number required. A qualitative aspect should be added. What is needed is probably profession-based planning, which could take into account the flexibility required and collaboration with other professionals. Since this would likely offer many different variations, it is difficult to accurately predict the number of professionals required. This last strategy would include a concern for employees' skills, whereas the methods are only concerned with the quantity of personnel. The next section deals with some aspects inherent to this type of planning. In sum, the limitations of the existing models are better understood, but planning is a complex activity that must come to terms with several paradoxes and that does not provide an answer to the fundamental question related to personnel planning, especially since it is concerned more with the number of employees than with what they are supposed to do.

Question 2

> *Are the policies and practices regulating the scope of practice, certification and licensure of professional health groups up-to-date and in accordance with the goals of a modern health system? If not, how could they be modified in order to promote innovation and the desired change while preserving quality and protecting public interest?*

There seems to be agreement that several factors combine to create a working environment that is more complicated and much different than in the past (OIIQ, 2001). For example, our society is experiencing significant demographic changes, such as population aging, increased life expectancy, the onset of new health problems, and growing social problems that may result in an larger and more diverse health system clientele. In addition, budget constraints are pervasive, a point we have discussed in the context of conflicting objectives, as well as the implementation of new technologies, which have an impact on the organization of care.

The professional system does not seem to be in question, even though licensing requirements are viewed by many as a vestige of the past century that encourage misuse of resources, errors, duplication of work and a lack of collaboration. Despite these disadvantages, the professional system seems to be achieving its objective of protecting the public, while changes in policies and practices governing the scope of professional practice are being planned. Moreover, the notion of competence is increasingly used to try to address the various limitations of the professional system and to facilitate planning. In this context, addressing the issue raised by the policies and practices regulating the scope of professional practice may entail examining the regulations from the perspective of a paradox between regulating a field of practice and promoting skills.

Paradox 5: Field of Professional Practice and Competence

The paradox lies in the desire to preserve the professional structure and, at the same time, introduce the notion of competence, which, although not the opposite, is nonetheless of a different nature. The paradox arises from efforts to increase the clinical independence of professionals based on a specific field of practice and the increased flexibility expected of them from skill-sharing. The notion of competence has been suggested as a way out of the current impasse due to the division of fields of practice, although many consider that the notion of collaboration and interdependence has become necessary in the integrated health system, in which the interdisciplinary team takes charge of patient care. New ways of managing and organizing services and care, as well as new structures to support this decompartmentalized model, are anticipated. Participative management, which promotes dialogue and discussion between partners, would facilitate collaboration on abolishing the hierarchical structures and replacing them with horizontal systems. In this context, a certain flexibility would be expected in defining roles, whereby skills would serve as indicators and as a way to reduce conflicts between professionals.

The appeal of the competence-based approach is that it would provide a foundation to describe and convey professional practices that are often perceived as a group of disparate activities without much coherence (Bach, 2001). The competence-based approach, which entails focusing on behaviours rather than on the qualifications and fields of professional practice,

could bring down the barriers between occupations and encourage interdisciplinary work and flexibility on the part of professionals. There is an impression that assignments based on the notion of competence could resolve the compartmentalization of fields of professional practice. In short, the paradox lies in the juxtaposition of a specific professional field with a group of skills that allows professionals to be flexible.

The competence-based approach is often viewed with mistrust by professionals, who want to preserve their monopoly on expertise. Many also mention the need to protect against a risky sharing of activities requiring a unique and complex level of skills. For them, the barriers offers protection against the confusion that the competence-based approach could cause.

Thus, the notion of competence is not without its own problems, since it is secondary to a reflection on the role that generally arises from the field of practice, once again emphasizing the paradox at the centre of the two approaches. This approach assumes that a certain distinction persists between the roles. Moreover, the concrete implementation of interdisciplinarity requires a clear definition of the roles, functions and the contribution of every individual, as well as a good understanding of the objectives of partnership. According to the Pew Commission (1995), changes in the fields of professional practice must aim to reduce conflicts between professionals and the confusion among the public. Collaboration and interdisciplinarity will not be without conflicts. Conflict resolution mechanisms and procedures for sharing fields of practice between two or several professions will be important, perhaps more so than the notion of competence.

As for promoting innovation, the shortage of personnel offers an excellent opportunity to transform care and services. It offers an opportunity to refocus on health before illness occurs, when this is possible, because health requires fewer personnel resources. Innovation could consist in offering curative services and simultaneously making a greater effort to promote health and prevent problems, using knowledge to improve the public's health. It could also be an opportunity to offer the public direct access to various professionals without having to go through medicine or hospitalization. When all is said and done, the current shortage is an ideal opportunity to re-examine the procedures and ways of delivering care and the determination of fields of practice, and to review the public's access to various professionals currently under the control of medicine in the public system.

In sum, professional regulations are not yet seen as the best way to ensure the public's protection. Adding the notion of competence creates a paradox when the two are considered as interchangeable. In fact, competencies are based on fields of practice and professional qualifications and must remain secondary to a definition of the professional role and mission of the health system. To increase flexibility, conflict resolution mechanisms linked with interdisciplinary collaboration are desired instead.

Question 3

> *Are educational programs producing a workforce that has the capacity and necessary perspectives to meet the needs of a changing and increasingly integrated health environment? If not, what changes should be made?*

It is quite difficult to offer a definitive answer to this question, which raises several other issues. Training is intended to meet the new requirements of the health system and changes in the system. What exactly does this mean?

- Is this a call for change in the more general context of the hierarchical organization of the health professions? If so, should the profession at the top of the hierarchy (medicine) be the only one adding new elements to its training? Will it delegate to others some of its current prerogatives, in particular those that give it the impression of being under-utilized? The context of desired interdisciplinarity, present in the debate but very marginal in reality (Schmitt, 2002), seems here to provide a good example.

- Or is it perhaps a new way of providing care and services based on an approach where the entry point into the system is not necessarily medicine? Could it be an interdisciplinary practice that the public could directly access, and that would require much greater clinical independence for all professionals, even though they would collaborate on interdisciplinarity by upgrading skills? If so, all professions would have to make changes to their training.

- Or does it mean widespread changes in the practice environments, or even a requirement of mobility between care and service environments which, by providing less supervision and a reduced presence of professionals, require greater clinical independence of all professionals and, consequently, changes in training?

- Or – and it is necessary to mention the possibility – is it a change brought up in the debate, even though the practice environments have barely changed or the adjustments made have already been incorporated into the training and do not require major changes. For instance, 93% of the programs in U.S. nursing and medical schools already use the competencies suggested by the Pew commission (Brady, Leuner, Bellack, Loquist, Cipriano and O'Neill, 2001). Another important element is the perception of professionals, who consider that their knowledge and skills are currently under-utilized. For example, the Saskatchewan Report (Fyke, 2001) indicates that many complain that their competencies and skills are not fully used, and that if they were, better patient outcomes and system savings would be achieved.

These questions are not easy to answer, especially since they are mutually exclusive: answering in the affirmative to one automatically means answering in the negative to the other. Several other questions may be raised when training changes are discussed. One specifically asks when changes should be made in training programs: should they precede or follow changes in professional practice? Implementing changes in training before changes in practice would likely create some very uneasy graduates, who would be faced with practice environments that do not reflect their expectations; if training changes follow changes in professional practices,

other problems would arise, given the fairly long delays before graduates with the necessary training would come on the market.

Furthermore, insisting on the necessity of changing training could suggest that it is in fact a strategy to force the system to change, by making new professionals individually responsible for change. The overhauling of training programs is certainly justified and may serve as a catalyst for change in the health system, but it may put the burden of systemic changes on beginners. These changes come up against great resistance from existing personnel for reasons that are obvious and others that are not so clearly understood, and which seem to stem from the paradoxes discussed in this study. Intentions of this nature regarding training should be carefully considered and support mechanisms for graduates should be planned if the need arises.

Moreover, changes in training are often called for, with those in the practice environment complaining that new graduates are not able to function autonomously or are even practically incompetent. In light of the repeated criticism heard from the practice environment regarding the training environment, an initial question is whether or not apprenticeship or professional training is required. Apprenticeship training prepares for the execution of standardized tasks and seems at first to best meet the needs of the practice and the needs of a certain form of management of this practice. Furthermore, professional training does not allow beginners to perfectly master the skills and make the links between the knowledge acquired and practice situations. Requiring complete mastery would entail longer training and gradual integration into the service environment. These criticisms are becoming more relevant due to changes in the health system and shortages of workers. Consequently, the clinical environments has difficulty supporting beginners. The latter need specific support in order to develop professionally and become autonomous, and the practice environment is the only ones able to support this professional maturation. Demanding changes in training does not seem to address the real problem.

In addition, practical training adds another fundamental problem to the current situation, especially when it is suggested that professionals should be better prepared to practise in diverse clinical contexts. The health system has traditionally trained professionals in hospitals but is now headed toward out-of-hospital care. This environment does not offer better conditions for hosting and supervising students. In this environment, professionals often work alone or in small groups, and may find it difficult to get away from their duties to provide supervision. The decrease in financing for training associated with changes in the health system limits the ability of the training environment to offer practical training to all students because of staff cuts. It therefore becomes necessary to examine the role of everyone in practical training and in situations where the system has not succeeded in ensuring an internship environment that reflects the work environment, and to implement transition procedures for new graduates. The health system should examine its commitment to practical training and promote effective integration of training and practice in order to benefit from a new generation of competent, well-trained workers who will not decide prematurely to leave their profession because the integration conditions are too difficult (Bauman, O'Brien-Pallas, Armstrong-Strassen et al., 2001; Lindeman, 2000).

Moreover, new approaches to care and services provision increasingly aim at ensuring the continuity of care supervised by professionals. Proceeding in this way adds to training requirements. Training for continuity of care may mean training personnel to be mobile, in order

to monitor patients over the whole care episode, that is, in the pre-, intra- and post-hospitalization phases. Next, professionals should improve their organizational knowledge of the health system in order to ensure continuity of care across various establishments. However, this type of training will require structural changes in the health system, in particular changes in the employment contracts of several professional groups, which makes it difficult to have increased mobility among the workforce. Continuity once again raises the question of when to introduce training; meanwhile, structural constraints are still in place.

Conclusion

The succession of changes in the health system has had a significant impact on personnel. Several recent reports by specialists on health system personnel have already informed the Commission about the present situation, the changes made, the alternatives and the main issues.

Several findings and paradoxes that arise from the evidence have been examined. This brief study has shown that the debate about change in the health system is widespread and that it would be to its advantage to consider employees as the focal point of care, to give priority to its implementation and to proceed from a collective vision of the health system. The regulation of professionals seems adequate, although it does not clearly show how it can be reconciled with interdisciplinarity, co-operation and practice in a variety of environments. The training of professionals raises important issues regarding the appropriate time to introduce changes in a way that would allow professionals to feel comfortable when the mission of the health system is precisely defined and the nature of the personnel's work and training is subsequently clarified.

Note

1 The word personnel will be preferred to the expression human resources in order to highlight the difference between individuals and financial and material resources.

References

Aiken, L.H., Smith, H.L., and T.E. Lake. (1994). "Lower medicare mortality among a set of hospitals known for good nursing care." *Medical Care 32*: 771-87.

Bach, Stephen. (2001). *Human Resources and New Approaches to Public Sector Management. Improving Health Resources Management Capacity*. Geneva: World Health Organization.

Baumann, A., O'Brien-Pallas, L., Armstrong-Strassen, M., Blythe, J., Bourbonnais, R., Cameron, S., Doran, D.I., Kerr, M., Vézina, M., Butt, M., and L. Ryan. (2001). *Commitment and Care: The Benefits of a Healthy Workplace for Nurses, Their Patients and the System*. Ottawa: Canadian Health Services Research Foundation.

Brady, M., Leuner, J.D., Bellack, J.P., Loquist, R.S., Cipriano, P.F., and E.H. O,Neill. (2001). "A proposed framework for differentiating the 21 Pew competencies by level of nursing education." *Nursing and Health Care Perspective* 22 (1):30-35.

Clair, M. (2001). *Les solutions émergentes,* Report of the Commission d'étude sur les services de santé et les services sociaux. MSSS: Quebec.

Dussault, G., Fournier, M.A., Zanchetta, M.S., Kérouac, S., Denis, J.L., Bojanowski, L., Carpentier, M., and M. Grossman. (2001). *Le marché du travail en soins infirmiers au Canada : revue de la littérature*. Report presented at the Table ronde des intervenants en soins infirmiers, University of Montreal, GRIS.

Egger, D., Lipson, D., et O. Adam.(2000). *Human Resources for Health. Issues in Health Services Delivery*, Discussion Paper No. 2. Geneva: World Health Organization.

Enriquez, E. (1997). *Les jeux de pouvoir et du désir dans l'entreprise*. Paris: Desclée de Brouwer.

Fagin, C.M. (2001). *When Care Becomes a Burden: Diminishing Access to Adequate Nursing*. Report. Milbank Memorial Fund. 25 p.

Fournier, L. (1999). "Pourquoi le virage ambulatoire?" in O. Goulet and C. Dallaire, *Soins infirmiers et société*. Boucherville: Gaëtan Morin.

Fyke, J.K. (2001). *Caring for Medicare. Sustaining a Quality System*, Commission on Medicare. Saskatoon: Government of Saskatchewan.

Gauthier, G. (2000). *Rapport du Forum sur la planification de la main-d'œuvre*. Ministère de la santé et des services sociaux, Quebec Government.

Kochoorn, M., Lowe, G.S., Rondeau, K.V., and G. Schellenberg. (2002). *Creating High-Quality Health Care Workplaces*. Ottawa: CPRN Discussion paper.

Lindeman, C.A. (2000). "The future of nursing education." *Journal of Nursing Education* 39 (1):5-12.

Markham, B., and S. Birch. (1997). "Back to the future: A framework for estimating health care human resource requirement." *Canadian Journal of Nursing Administration* 10(1):7-23.

Mazankowski, D. (2001). *A Framework for Reform – Report of the Premier's Advisory Council on Health.* Edmonton: Government of Alberta.

Mintzberg, H. (1994). *Grandeur et décadence de la planification stratégique*. Paris.

Mitchell, J.G. (1998). *Recreating Health Professional Practice for a New Century.*, The Fourth Report of the Pew Health Profession Commission. San Fransisco.

O'Brien-Pallas, L., Birch, S., Baumann, A., and G.T. Murphy. (2001). *Integrating Workforce Planning, Human Resources and Service Planning.* Geneva: World Health Organization.

Ordre des infirmières et infirmiers du Québec. (2001). *La vision contemporaine de l'exercice infirmier.* Montréal: OIIQ.

Pew Health Profession Commission. (1995). *Critical Challenges: Revitalizing the Health Profession for the Twenty-First Century.* The Third Report of the Pew Health Profession Commission.

Schmitt, M.H. (2002). "Seizing the moment; an opportune time to study the outcomes of interprofessional education and health care delivery." Editorial. *Research in Nursing & Health* 24:iii-v.

Smith, A., Doublas and Alexander S. Preker. (2000). *Labour Market Adjustment in Health Systems.* Geneva: World Health Organization.

Sinclair, G., Duncan. (2000). *Looking Back, Looking Forward,* Ontario Health Services Restructuring Commission. Toronto: Government of Ontario.

Statistics Canada (Demography Division). *1988 to 1997. Health Personnel in Canada,* http://www.cihi.ca/english/fmedrls/june1tablesf/tableau_1.shtml>(1988 to 1997).

World Health Organization. (2000). *Why Do Health Systems Matter?* World Health Report 2000, (chapter 1), pp.3-22. www.who.int/whr/2000/en/report.htm.

Commission sur
l'avenir des soins de santé
au Canada

Commission on the
Future of Health Care
in Canada

ÉTUDE Nº 38

Les changements et quelques paradoxes : une réflexion sur le personnel du système de santé

par
Clémence Dallaire
Université Laval
et
Sonia Normand
Université Laval

novembre 2002

N° de catalogue CP32-79/38-2002F-IN

ISBN 0-662-87893-0

Bien que les opinions exprimées dans ces études n'engagent que les auteurs, chaque étude a été soumise à un processus indépendant d'examen par des pairs. La Commission tient à remercier l'Institut des services et de politiques de la santé (ISPS), des Instituts de recherche en santé du Canada, pour avoir assuré la surveillance et la bonne marche de ce processus d'examen. La participation des auteurs, des examinateurs et de l'ISPS à la réalisation de ces études constitue un apport important aux travaux de la Commission et contribuera à l'héritage qu'elle laissera.

Le générique masculin est utilisé uniquement dans le but d'alléger le texte.

Table des matières

Points saillants iv

Sommaire v

Introduction 1

Question générale 2

Paradoxe 1 : Besoin d'une vision du système de santé et difficulté d'en proposer une 2

Paradoxe 2 : Besoin de changement et faible priorité accordée au changement 4

Paradoxe 3 : Besoin de personnel et manque de considération du personnel 6

Question 1 10

Paradoxe 4 : Planification par groupe et besoin accru de mobilité et de flexibilité 11

Question 2 14

Paradoxe 5 : Champ d'exercice professionnel et compétence 14

Question 3 16

Conclusion 19

Note 20

Bibliographie 21

Points saillants

- Le changement apporté a-t-il été favorisé ou entravé par les politiques et les pratiques de gestion?

  Paradoxe 1 : Besoin d'une vision du système de santé et difficulté d'en proposer une
  Paradoxe 2 : Besoin de changement et faible priorité accordée au changement
  Paradoxe 3 : Besoin de personnel et manque de considération du personnel

- La planification des ressources humaines de la santé (RHS) a-t-elle été en général un succès ou un échec? Quels changements devrait-on apporter à la planification des RHS?

  Paradoxe 4 : Planification par groupe et besoin accru de mobilité et de flexibilité

- Les politiques et les pratiques régissant la pratique professionnelle sont-elles d'actualité et conforme aux objectifs du système de santé moderne?

  Paradoxe 5 : Champ d'exercice professionnel et compétence

- Les programmes éducatifs produisent-ils un effectif capable de répondre à un milieu de la santé changeant et de plus en plus intégré?

  À quel moment doit-on introduire des changements dans la formation : avant ou après que les changements ont été faits?
  Plusieurs changements n'existent encore que dans le discours.

Sommaire

La Commission s'interroge sur la façon dont la nature et la qualité des politiques et des pratiques de gestion du personnel ont favorisé ou entravé le changement dans le système de santé en posant une question générale et trois questions plus spécifiques. En tentant de répondre à la première question, nous examinons si le changement apporté a été facilité ou gêné par la nature et la qualité des politiques et des pratiques de gestion des ressources humaines de la santé (RHS). L'examen de cette question a mis en évidence plusieurs paradoxes.

Le premier affirme que la vision du système de santé a des répercussions importantes sur le personnel et, paradoxalement, qu'il est difficile de proposer une vision. Le système actuel est un système de soins médicaux et hospitaliers où les changements sont canalisés dans un exercice de subdivision de la pratique médicale pour qu'elle soit moins dispendieuse. Une redéfinition en profondeur du système de santé pourrait conduire à des rôles différents des professionnels et entraînerait un changement majeur dans la structure des services offerts. Lorsqu'un tel choix sera fait en tenant compte des différents points de vue, des changements à plus long terme pourront être envisagés au lieu de poursuivre la fragmentation des tâches du système curatif actuel.

Le deuxième paradoxe en réponse à la question du changement affirme que si le changement semble important, on lui accorde une faible priorité, comme en témoigne le peu d'attention accordée à certains facteurs qui favorisent le changement ou l'empêchent de se concrétiser. Parmi ces facteurs, mentionnons les trois suivants. D'abord, mettre en évidence les gains et les pertes, compenser les pertes et recourir à des incitatifs pour faciliter le choix lorsqu'il y a des pertes. Donner la priorité à un changement veut aussi dire planifier le suivi de la mise en œuvre et, surtout, assurer un soutien pour que soient faits les ajustements nécessaires, expérimenter les effets imprévus et réajuster en conséquence. Enfin, cela veut dire porter attention à la résistance des structures et intégrer des incitatifs structuraux pour contrer l'inertie de l'organisation.

Un troisième paradoxe affirme que même si le changement passe par le personnel, il tend à ne pas le considérer. Plusieurs moyens pourraient être utilisés pour montrer l'importance du personnel. D'abord, le considérer comme un atout dont on prend le plus grand soin en s'occupant autant de la qualité de vie au travail, de la formation continue des professionnels que de la qualité du service rendu. Le changement doit aussi s'inspirer d'une conception plus réaliste de l'être humain qui montre qu'un changement de comportement est possible si la personne a l'intention de changer, mais seulement en présence des ressources nécessaires et des facteurs facilitant la prise de décision; même dans ces circonstances, toutefois, une personne peut reconsidérer à plusieurs reprises sa façon d'agir avant de passer à l'action – mieux décrit par un cheminement en spirale comportant cinq stades. Ensuite, accorder de l'importance à la participation aux décisions plutôt qu'à la qualité de la communication lorsque la décision est transmise au personnel après avoir été prise par les gestionnaires et les politiciens. Enfin, considérer le personnel conduit à se soucier de justifier les changements de façon à ce qu'ils aient un sens pour des motifs visant à corriger ou à améliorer les soins et les services.

Le bref tour d'horizon de la planification a conduit à examiner différentes méthodes et il ne permet de conclure ni au succès ni à l'échec en réponse à la question de la Commission. Il souligne plutôt le paradoxe entre différentes façons de planifier qui répondent à des

objectifs différents : la planification par la formation semble favoriser la vision qu'ont les professionnels du système de santé, tandis que celle qui tente de répondre à la demande n'a pas les données significatives nécessaires; celle qui part de la pratique effective doit composer avec une définition ambiguë des tâches actuelles, souvent fragmentées, qui laisse les patients se débrouiller seuls avec les différents professionnels. Cette partie souligne la difficulté de conceptualiser la planification et le manque de données pour mener un véritable exercice de planification. Elle souligne enfin l'incapacité des moyens actuels de planifier en vue d'une interdépendance des professionnels. C'est une activité complexe qui doit composer avec plusieurs paradoxes et qui laisse sans réponse la question fondamentale de la façon de planifier le personnel.

La question relative aux politiques et aux pratiques qui régissent la pratique professionnelle montre que le système professionnel n'est pas mis en doute. Malgré ses limites, le système professionnel semble protéger le public. Le paradoxe soulevé par cette question réside dans le souhait de préserver la structure professionnelle et, en même temps, d'introduire la notion de compétence, qui en est un peu l'antithèse lorsqu'elle sous-tend une limitation du champ d'exercice professionnel au profit d'une notion idéalisée de collaboration et d'interdépendance. Toutefois, l'interdisciplinarité demande une définition claire des rôles, des fonctions et de la contribution de chacun et une bonne compréhension des objectifs du partenariat. C'est la juxtaposition, dans un même contexte, de l'existence d'un champ professionnel déterminé et de la notion de compétence, concepts différents mais utilisés de façon équivalente dans la discussion, qui est paradoxal. Lorsqu'on ajoute la notion de compétence à celle de champ d'exercice professionnel, cela peut permettre d'accroître la flexibilité, laquelle demeure toutefois secondaire à une définition des rôles et à la mission du système de santé.

La dernière question porte sur la formation et il est bien difficile de lui donner une réponse définitive car elle soulève plus d'interrogations qu'elle n'apporte de réponses précises. Elle pose d'abord la question du moment où la formation doit introduire les changements et permet d'examiner brièvement la formation pratique. On affirme souvent que les professionnels devraient être mieux préparés à la pratique dans des milieux cliniques diversifiés et qu'ils devraient être formés à la continuité des soins. Les questions soulevées permettent de souligner que certains changements que l'on voudrait introduire dans la formation se retrouvent actuellement plus au niveau du discours que dans la réalité clinique.

Introduction

Les changements dans le système de santé se sont succédés et ont eu des répercussions importantes sur le personnel[1]. Il semble que ni les nouveaux investissements, ni les nouvelles technologies, ni le contrôle administratif n'ont su amener de progrès réels dans l'efficacité et l'efficience du système et surtout dans la santé de la population. Les réformes du système de santé offraient l'opportunité de préciser la place et le rôle du personnel et d'y introduire des changements. Les changements effectués semblent avoir considéré davantage la dimension financière, soit l'escalade des budgets du système de santé et les façons de la contrer, que la mission première soit les services offerts, les soins directs et le personnel requis pour remplir cette mission. S'il est vrai que le personnel constitue une dépense importante dans le système de santé, il en est par ailleurs un élément essentiel. La Commission s'interroge sur la façon dont la nature et la qualité des politiques et des pratiques de gestion du personnel ont favorisé ou entravé le changement dans le système de santé en posant une question générale et trois questions plus spécifiques.

Plusieurs travaux récents menés par des spécialistes des questions relatives au personnel du système de santé permettent déjà à la Commission d'être informée de la situation actuelle, des changements effectués et des principaux enjeux. L'objectif est de répondre aux questions de la Commission au sujet des changements dans la main-d'œuvre professionnelle en faisant appel à une documentation sélectionnée à l'appui d'une vision personnelle issue d'années de pratique, d'enseignement, de recherche et de réflexion en tant qu'infirmière, et en utilisant au passage des paradoxes qui orientent la réflexion sur les politiques et les pratiques de gestion du personnel. Plusieurs constats et paradoxes relèvent de l'évidence et il pourrait sembler inutile de les mentionner. L'examen attentif de la situation montre toutefois qu'ils nous semblent jouer un rôle décisif dans la situation actuelle. Une telle approche permettra de mieux transmettre ce qui nous apparaît important et de tenter de contribuer à la réflexion sur le sujet.

Question générale

> *Dans quelle mesure le changement souhaitable apporté a-t-il été favorisé ou entravé par la nature et la qualité des politiques et des pratiques de gestion des ressources humaines de la santé (RHS), entre autres l'éducation, les lois et règlements, l'accréditation, les permis d'exercer, la responsabilisation, etc.?*

La réponse à cette question repose sur une définition préalable du mot changement, qui peut prendre plusieurs sens. Un changement est avant tout une rupture, une altération, un processus et non une finalité. Doit-on qualifier de changement les diverses variations proposées au système actuel? Ainsi, nous nous sommes dotés d'un système médico-hospitalier et cela n'a pas changé. On a modifié les façons de faire, les rôles des professionnels et les interventions sans remettre en question l'orientation curative du système. Pourtant, les preuves abondent pour démontrer les limites d'un tel système à améliorer la santé de la population et, par conséquent, il y a des raisons valables de remettre en question la vision du système. Ou encore doit-on réserver le changement à une remise en question fondamentale du système de santé canadien et des moyens qu'il utilise pour améliorer la santé tels qu'ils sont énoncés dans la loi canadienne, soit une remise en question du système médico-hospitalier? Cette étude privilégie la seconde alternative, où le changement souhaité porte d'abord sur la vision du système de santé sans remettre en question les principes qui sous-tendent le système canadien, particulièrement l'universalité. Il est suggéré ici qu'en préalable à un examen des changements au niveau du personnel, il faudrait procéder un réexamen de la vision du système de santé et de ses finalités compte tenu des moyens utilisés pour atteindre les buts, où la contribution demandée au personnel joue un rôle central. Ce choix implique que des variations mineures au sein du système actuel ne seront généralement pas qualifiées de changement dans cette brève étude.

Paradoxe 1 : Besoin d'une vision du système de santé et difficulté d'en proposer une

Une remise en question du système actuel est particulièrement difficile en en raison du nombre d'acteurs et d'objectifs concurrents qui réussissent souvent à centrer l'attention sur leurs propres intérêts. Les buts d'un système de santé devraient ou doivent être une meilleure santé, la réponse aux attentes de la population et l'équité dans la contribution au financement du système de santé (Biscoe, 2001). Ces finalités doivent résoudre des conflits entre plusieurs objectifs et, pour cette raison, il est difficile de proposer une vision. Parmi ceux-ci, certains appartiennent à la société, telle que la répartition équitable des soins de santé sans égard au statut socioéconomique; d'autres aux professionnels qui veulent préserver l'autonomie clinique pour organiser les soins comme ils le désirent et la liberté économique de toucher une rémunération qui reflète la perception de leur propre valeur; et celle du système d'exercer un contrôle économique et budgétaire des coûts de la santé et d'un gouvernement capable de le financer pour les années à venir (Biscoe, 2001). Par ailleurs, ces conflits sont déterminés par les décisions sociales concernant le niveau des ressources consacrées à la santé, l'organisation des services et le financement des programmes de soins et services, ainsi que la quantité et le type de soins offerts (O'Brien-Pallas, Birch, Baumann et Murphy, 2001). Une telle situation devrait nous amener à examiner avec attention le point de vue privilégié dans cette quête d'équilibre financier et de responsabilité fiscale. Inévitablement, choisir des priorités signifie que d'autres objectifs ont été

jugés moins importants. Le caractère politique des organisations du secteur de la santé, où les alliances informelles et les négociations sur différents objectifs permettent d'arriver à des compromis, peuvent rendre les politiciens hésitants à révéler les compromis faits (Bach, 2001) en vue de maintenir le système opérationnel. Ces éléments contribuent à perpétuer une impression d'inertie du système dans l'agitation créée par des changements ciblés, à court terme et en succession rapide.

Le genre de système de santé dans lequel nous sommes est un système de soins médicaux et hospitaliers qui représente déjà une forme de compromis. Ce système privilégie la pratique médicale comme moyen d'atteindre une meilleure santé de la population et les conflits y sont ainsi canalisés dans un exercice de subdivision de cette pratique. Ainsi, la proposition consistant à permettre aux infirmières de remplacer les médecins, à moindre coût, dans plusieurs circonstances, constitue un fractionnement des tâches. Dans un tel système, la quête entre l'équilibre financier et la responsabilité fiscale, source de conflit entre le système de santé et la société, sera concrétisée par un contrôle des coûts. Les efforts infructueux des dernières années sur le plan financier devraient nous inciter à réexaminer la vision au cœur du système canadien actuel et le conflit entre les intérêts du système actuel et une meilleure santé pour la population. Par ailleurs, la situation financière actuelle et la montée des maladies de civilisation reliées au mode de vie, soulignent davantage les conflits de perspectives et demande un examen attentif des moyens curatifs dont dispose la médecine. Ainsi, une technologie dispendieuse permettant des diagnostics plus précis n'est pas un traitement et permet difficilement d'améliorer la santé (Fournier, 1999) même si elle peut présenter un intérêt. Investir dans un diagnostic précis sans traitement disponible dans les cas où le problème est incurable ne constitue peut-être pas un investissement prioritaire, ailleurs que dans le domaine de la recherche et pour certains des acteurs en jeu. Ce type de dépenses risque toutefois de ne pas attirer l'attention dans un contexte curatif même si l'on cherche à contrôler les coûts.

Les dernières années ont permis l'émergence de nombreuses visions et suggestions de réorientation du système de santé. Une redéfinition majeure du système de santé pourrait, comme plusieurs le suggèrent, vouloir dire un système de soins primaires plus important associé à un système hospitalier réduit, plus efficace et mieux équipé (Smith et Preker, 2001). Le rapport du gouvernement de l'Alberta, *A Framework for Reform*, propose des moyens concrets pour orienter le système albertain vers la santé en s'éloignant de la maladie. De nombreuses études montrent les limites des interventions curatives et leur coût parfois exorbitant avec des résultats limités en termes d'amélioration de la santé de la population. Un tel changement, impliquant une composition différente de la répartition entre les interventions curatives, préventives et de promotion offertes par le système, aurait indubitablement des répercussions sur le personnel. Par exemple, tenter d'atteindre un équilibre entre les deux visions opposées du système de santé, soit offrir à la fois des services curatifs et en même temps investir davantage dans la prévention des problèmes à l'égard desquels les connaissances nous permettent d'agir, semble difficile. Un système de santé médico-hospitalier pose comme contradictoires les objectifs curatifs et ceux de promotion/prévention parce qu'ils sont généralement poursuivis par des professionnels différents, en concurrence les uns avec les autres pour les ressources.

S'il est vrai que la société ne sera pas en mesure de financer la croissance d'un système curatif médico-hospitalier, la mission du système de santé devra être précisée en conséquence. Le système de santé n'a pas réussi jusqu'à présent à proposer une vision qui réconcilie les objectifs et les rôles des professionnels avec ceux de la société, comme il ressort des discussions budgétaires. Le système de santé et la société devraient avoir la maturité requise pour débattre des priorités, rendre leurs décisions explicites et élargir la réflexion au-delà des dimensions financière et médicale qui semblent accaparer la majorité du débat actuel. Ce débat est fondamental pour tout changement au niveau du personnel puisqu'il signifie soit des variations multiples dans la fragmentation sous contrôle médical soit une redéfinition des liens entre les différentes professions et même, pour certains, courir le risque de perdre leur autonomie et leur influence. Ce n'est qu'alors que la nature du travail du personnel pourra être précisée et que des changements à plus long terme pourront être envisagés, au lieu de poursuivre les ajustements, les modifications et la fragmentation des tâches que l'on observe dans le système curatif actuel. Cet élément du paradoxe souligne la difficulté de faire des choix, particulièrement en raison des perspectives conflictuelles, surtout si les bouleversements créés sont politiquement difficiles.

Paradoxe 2 : Besoin de changement et faible priorité accordée au changement

Ce paradoxe conduit à réfléchir au fait qu'il est continuellement question de changement mais, paradoxalement, qu'on semble lui accorder une faible priorité, comme en témoigne le peu d'attention accordée à certains facteurs qui favorisent le changement ou qui l'empêchent de se concrétiser. Parmi ces facteurs, mentionnons les trois suivants : la difficulté de parler de changement en termes de gains et de pertes autres que les gains et les pertes financières du système, la planification du suivi du changement pendant une période suffisamment longue et, enfin, la résistance au changement des structures.

Un facteur majeur du processus politique est la promotion de changements qui engendrent des avantages supérieurs aux coûts (Smith et Preker, 2001), suggérant ainsi que dans tout changement, il y a des gagnants et des perdants (Bach, 2001; Smith et Preker, 2001). Une leçon importante apprise de la réforme dans plusieurs pays est que plusieurs acteurs influents croient, à tort ou à raison, que la réforme a un effet préjudiciable sur leur statut, leurs conditions de travail et leur rémunération (Bach, 2001). La résistance au changement du personnel serait ainsi fondée sur le désir d'éviter des pertes.

Une approche qui fait état des gains et des pertes a l'avantage de ne pas mettre comme condition préalable au changement l'obtention de l'assentiment de tous. Le personnel est capable de faire des compromis, de subir des pertes personnelles, surtout s'il trouve des réponses aux questions suivantes : au nom de quoi, de quel principe, de quelle vision? On croit souvent que les êtres humains ne cherchent qu'à maximiser leur profit, alors que des exemples concrets et des modèles théoriques proposent que les motifs sont beaucoup plus complexes (notamment Godin, évoqué plus loin). En même temps, il est important de s'assurer que les coûts du changement ne sont pas assumés par les individus au profit du système (Smith et Preker, 2001), particulièrement lorsque cela implique un changement de carrière, une relocalisation, un perfectionnement ou une perte de salaire et de statut. Au lieu de prétendre que tous y gagnent, ce qui manque dans les

changements effectués et ceux envisagés c'est une reconnaissance des pertes subies et une justification de ces pertes de même que des mécanismes de compensation des pertes. Des incitatifs doivent permettre aux professionnels de se centrer sur le service aux personnes et les changements qu'on veut y apporter, en sachant que leurs pertes personnelles seront compensées. De tels mécanismes existent déjà dans les conventions collectives, mais on a plutôt tendance à les percevoir comme des contraintes d'un point de vue administratif, empêchant ainsi une juste perception de leur rôle dans le changement. Par ailleurs, un changement peut apporter des gains, et des efforts devront être faits pour accroître leur visibilité, qui peut être réduite s'ils sont répartis entre le personnel. En somme, donner priorité à un changement suggère de mettre en évidence les gains et les pertes, d'avoir des incitatifs pour faciliter les choix lorsqu'il y a des pertes, de valoriser les mécanismes existants, de compenser les pertes et de rendre visible les gains pour le personnel.

Un autre élément qui mettrait en évidence la priorité accordée à un changement serait de planifier le suivi à assurer pendant une période suffisamment longue. En Grande-Bretagne, les tentatives radicales en vue de modifier les politiques de personnel au début des années 90 ont échoué parce que le ministre de la santé n'a pas fourni de soutien concret et n'a pas guidé les hôpitaux qui devaient implanter des changements au niveau du personnel. Cela a rendu les gestionnaires locaux prudents parce qu'ils croyaient recevoir des messages ambigus au sujet de la priorité accordée par le gouvernement à la réforme du personnel (Bach, 2001). Ainsi, des orientations générales ne sont pas suffisantes pour indiquer la priorité qu'on accorde à un changement. La priorité accordée à un changement se perçoit mieux si celui-ci est accompagné de guides pour la mise en œuvre et, surtout, d'un soutien pour faire les ajustements nécessaires, expérimenter les effets imprévus et réajuster en conséquence. Il ne faut pas supposer qu'un changement amorcé évoluera sans problèmes jusqu'à son adoption complète.

Par ailleurs, une succession rapide de changements permet difficilement à ces derniers de s'implanter et témoigne peu de l'importance qu'on leur donne. Accorder la priorité à un changement veut ainsi dire suivre l'évolution de sa mise en œuvre jusqu'à la stabilisation et la pleine intégration dans les façons de faire avant d'en amorcer un autre. Si tous s'accordent pour affirmer que des changements sont nécessaires et pour énumérer ceux qui sont envisagés, on a l'impression qu'une faible priorité est accordée à ces changements dans les faits. Certains parlent même d'inertie des administrateurs et d'inertie des cliniciens, en les décrivant comme deux silos qui fonctionnent avec des données différentes et peu d'efforts investis dans la réconciliation des perspectives. Une perception de faible priorité accordée au changement peut être une fausse impression qui découle de l'opposition d'acteurs importants en mesure de faire entendre un point de vue favorable au statu quo (Smith et Preker, 2001). En somme, on percevra mieux l'importance d'un changement s'il s'effectue dans des conditions qui en assurent la mise en œuvre.

On peut également considérer le changement et la priorité qui lui est accordée dans une autre perspective, soit celle de la résistance des structures. Dans cette catégorie, les syndicats et les lois peuvent être cités comme exemples d'institutions créées pour réduire la portée du changement (Smith et Preker, 2001) en plus de celle du système de santé lui-même, qui doit conserver une stabilité afin d'être prévisible pour les personnes qui ont besoin de soins et de services.

Plus pécifiquement, tout changement dans l'organisation en menace la stabilité et, pour cette raison, des facteurs structurels entraîneront une résistance au changement.

> Le changement *quantique*, c'est-à-dire la réorientation globale, perturbe les catégories existantes de l'organisation, catégories dont la planification dépend. Par conséquent, un tel changement a tendance à susciter la résistance, ou d'une façon plus courante, à être ignoré. (Mintzberg, 1994, p. 187).

Intégrer des incitatifs structuraux pour contrer l'inertie de l'organisation serait une façon de donner priorité à un changement. Le paradoxe entre un changement souhaité et une perception de faible priorité agit sur la capacité du système de santé d'entreprendre des changements. En accordant la priorité aux changements, on mettrait en évidence les gagnants et les perdants, on planifierait le suivi du changement pendant une période suffisamment longue et on tiendrait compte de la résistance structurelle.

Paradoxe 3 : Besoin de personnel et manque de considération du personnel

Ce troisième paradoxe reflète le fait que le système de santé compte sur le personnel pour remplir sa mission et qu'en même temps, ce dernier semble l'embarrasser. La revue de la documentation sur ce sujet nous a conduit, entre autres, vers quatre grands rapports récents, celui du Québec (Clair, 2001), de l'Ontario (Sinclair, 2000), de l'Alberta (Mazankowski, 2002) et de la Saskatchewan (Fyke, 2001). Le contenu de ces rapports concernant la situation des ressources humaines dans le système de santé semble construit à partir d'un grand constat : il y a un climat généralisé de morosité et d'épuisement dans le système de santé, provoqué notamment par une surcharge de travail des professionnels et, plus particulièrement, par des décisions de gestion axées sur le court terme.

Tout changement envisagé dans une perspective de restructuration budgétaire va nécessairement se heurter à ce paradoxe entre le besoin de personnel et la décision de réduire le personnel, qui est une source importante de « dépenses », souvent perçue comme un manque de considération par le personnel. Par exemple, lorsque les gouvernements réduisent le financement, le système de santé coupe des postes et exige plus de flexibilité de la part du personnel afin de contrôler les budgets. Il ne fait aucun doute que le système de santé canadien repose sur le travail et la compétence de son personnel, dont les soins infirmiers représentent près de 65 p. 100 du personnel professionnel (Statistique Canada, 1997). Or, la performance du système de santé dépend des connaissances, des compétences et de la motivation des personnes responsables de la prestation des services (OMS, 2000). Outre ces caractéristiques des professionnels, des études récentes montrent que le nombre de professionnels engagés pour dispenser les soins et les services est important, notamment sur le taux de mortalité. Cela a notamment été mis en évidence dans le cas des infirmières, sur lesquelles ont porté la majorité de ces études (Aiken, Lake et Smith, 1994 ; Fagin, 2001). Toute décision de réduire le personnel ou de changer ses fonctions risque d'être perçue comme une remise en question de la nécessité du personnel, contribuant ainsi à la morosité et à l'épuisement.

Jusqu'à présent, des changements ciblés, à court terme et en succession rapide ont eu lieu, alors que le surplus de personnel prévu s'est transformé en pénurie dans un contexte plus général où l'on doit composer avec divers autres problèmes. Le personnel a été bousculé et cela a eu pour conséquence de rendre moins attrayantes les professions de la santé. L'idée que le système de santé constitue une source d'emplois offrant des avantages concurrentiels, capables d'attirer un personnel suffisant, doit maintenant être abandonnée. Cette perte d'attrait a été soutenue par un discours public et des politiques de gestion du personnel qui ont semblé davantage se concentrer sur les difficultés causées par les mises à la retraite et les coupures de postes que sur la planification des changements dans le personnel et la mise en place de milieux de travail intéressants. L'impression globale est que le matériel compte plus que les personnes. On pourrait dire que c'est là un élément important du paradoxe actuel où « l'administration des choses s'est substituée au gouvernement des hommes » (Enriquez, 1997). Selon Koehoorn, Lowe et Schellenberg (2002), les gestionnaires supérieurs qui prennent les décisions de modifier le personnel se préoccupent souvent davantage de la réduction des dépenses et de l'efficience à court terme que de la qualité de vie au travail ou des effets sur les patients (OMS, 2000). Les gestionnaires doivent certes se préoccuper de la gestion des ressources et de leur utilisation, mais ils doivent aussi faire une juste place aux services offerts par le système de santé et aux personnes impliquées : la gestion comprend la gestion du personnel. Ajouter aux préoccupations financières des préoccupations au sujet du personnel peut certes compliquer la gestion alors même que ce que la gestion tente d'accomplir passe par le personnel. Or, oublier le personnel peut être une façon supplémentaire d'ajouter des problèmes qu'on aurait été en mesure de prévenir. Les contraintes fiscales ont conduit à toutes sortes d'ajustements imprévus dans le personnel du système de santé qui se manifestent dans le fait que les professionnels estiment que leurs conditions de travail sont difficiles alors que la population perçoit une menace à la survie du système de santé. Il faudra modifier la façon de penser des dirigeants et la culture organisationnelle afin de parvenir à valoriser et à soutenir à long terme le personnel du secteur de la santé au lieu d'effectuer des changements qui ne mettent pas en évidence l'importance qu'on lui accorde. La diffusion accordée aux difficultés du personnel du système de santé fait en sorte qu'une nouvelle approche de gestion du personnel devra à son tour être diffusée pour bien signifier l'attention portée au personnel lors de changements.

Bref, le personnel est le meilleur véhicule pour faciliter le changement au sein du système avec le maximum d'effet lorsqu'il est lié stratégiquement à une gestion appropriée, des politiques pertinentes et un financement correspondant (Biscoe, 2001). Le paradoxe entre l'importance et le manque de considération du personnel comprend d'autres éléments. Considérer le personnel n'implique pas simplement se préoccuper de salaires et de conditions de travail, puisque les professionnels de la santé ne sont pas uniquement motivés par ces éléments. Plusieurs stratégies sont suggérées pour permettre au système de considérer les employés de façon adéquate, notamment une revalorisation des fonctions de gestion du personnel et une redéfinition de la mission du système lui-même (Biscoe, 2001).

D'autres mesures peuvent également être envisagées si l'on veut ajouter à la validité de ce paradoxe, notamment reconnaître le personnel comme un atout stratégique, adopter une conception de l'être humain plus réaliste, favoriser la participation aux décisions et proposer des changements qui ont du sens pour les professionnels, tel que mentionné dans les sections suivantes. Considérer le personnel, c'est reconnaître que la véritable complexité du système de

santé se trouve au niveau des personnes et non au niveau des structures. Dans les changements, on observe une simplification de ce qui est complexe, soit la personne, en la réduisant à un être rationnel qui réagira à un changement d'une façon linéaire et dans le sens souhaité par les politiques si on lui donne la bonne information; on complique ce qui est simple, la structure. Les modèles récents dans le domaine de la modification des comportements suggèrent qu'un changement de comportement est possible si la personne a l'intention de changer, mais seulement en présence des ressources nécessaires dans l'environnement et de facteurs facilitant la prise de décision (Godin, sous presse). Dans ce modèle, la complexité des éléments en cause est mise en évidence lorsque Godin propose que l'intention soit définie par huit variables regroupées en trois catégories, alors que le cheminement d'une personne serait mieux décrit par une démarche en spirale comprenant cinq stades qui tiennent compte des caractéristiques personnelles et environnementales. En somme, les changements dans les organisations doivent s'inspirer d'une conception de l'être humain qui dépasse celle de l'être rationnel au comportement prévisible pour prendre en considération les connaissances récentes sur la détermination des comportements humains, qui nous présentent un schéma plus complexe dans lequel l'environnement joue un rôle non négligeable.

Considérer le personnel c'est le reconnaître comme un atout stratégique dont on prend le plus grand soin en s'occupant autant de la qualité de vie au travail, de la formation continue des professionnels que de la qualité du service rendu. Selon Smith et Preker (2001), on doit aussi se soucier de la relation entre la personne et l'organisation (culture, politique et structure). Une meilleure considération du personnel et une amélioration des relations entre les employés, les gestionnaires et le gouvernement aiderait certainement à progresser dans une vision commune de l'importance du personnel y compris l'importance des gestionnaires qui ont également besoin de revalorisation, comme le suggère le rapport Clair (2001). Par ailleurs, si les problèmes occupent une place centrale dans le discours, la vision de ce que le personnel accomplit au quotidien reste floue. Il y a ainsi un urgent besoin d'une vision claire du système de santé et du rôle du personnel car sans un personnel qualifié, motivé et engagé dans ses fonctions, l'État, par l'intermédiaire du système de santé, ne peut pas jouer son rôle dans le contexte actuel (Koehoorn, Lowe et Schellenberg, 2002). Un leadership doit être exercé pour recentrer les changements sur le fait qu'ils s'opèrent principalement par l'intermédiaire du personnel du système et d'une prise en considération du personnel en tant qu'atout pour le système.

Considérer le personnel, c'est proposer des changements qui ont du sens pour lui de façon à susciter l'intention de participer au changement, selon ce qui a été mentionné précédemment. Par ailleurs, on pourrait comprendre la résistance au changement perçu chez les professionnels puisque le changement requis n'est pas vécu comme une nécessité. Ces derniers sont formés à se centrer sur la dimension clinique d'une situation, alors qu'on justifie les changements sur le plan financier, dimension avec laquelle ils sont en général peu familiers sur laquelle ils ont aussi peu d'information. En outre, même s'ils disposaient de l'information nécessaire au sujet des motifs financiers, il est probable qu'ils n'y accorderaient que peu d'attention parce qu'ils s'intéressent davantage à la dimension clinique. Par exemple, on pourrait leur demander de faire preuve de flexibilité pour des motifs visant à corriger ou améliorer les soins et les service, plutôt qu'à couper dans les dépenses qui sont parfois des préoccupations exclusives aux gestionnaires. Se soucier de justifier les changements de façon à ce qu'ils aient du sens pour les personnes à qui on

les demande semble d'une simplicité élémentaire. Pourtant, associé aux autres moyens, cela montre de la considération pour le personnel.

Considérer le personnel, c'est lui permettre de participer aux décisions (Smith et Preker, 2001). Une telle participation devient d'autant plus importante que l'on semble favoriser une décentralisation qui accroît le rôle des professionnels dans le système (Bach, 2001) et miser sur un engagement accru de leur part. La prise de décision a besoin à la fois de données de gestion et de données cliniques que détient le personnel, ce qui montre l'importance d'une participation aux décisions. Dans le système de santé, les différences de connaissances, de valeurs et d'attitudes entre les différentes catégories de professionnels, entre les professionnels et les personnes qui ont besoin de leurs soins et services, et entre les professionnels et le gouvernement doivent être prises en considération lorsqu'on veut effectuer un changement (Biscoe, 2001). De telles différences rendent difficile une communication égalitaire et rationnelle de l'information en vue de la participation aux décisions et à l'élaboration subséquente des politiques. Tenir compte de cette diversité de points de vue montre la considération que l'on accorde aux personnes dans le processus de changement.

Au lieu de favoriser une participation aux décisions, on met souvent l'accent sur la qualité de la communication lorsque la décision est transmise au personnel après avoir été prise par les gestionnaires et les politiciens. Un principe souvent rappelé est celui selon lequel le degré de transparence et la simplicité du changement proposé ont une influence prépondérante sur sa mise en œuvre (Bach, 2001). Dans cette perspective, on affirme qu'une politique qui réussira à s'assurer que le personnel comprend comment son rôle se situe dans le changement global aura du succès. Plusieurs sont d'avis que cette simple opération de communication n'a pas été effectuée ou n'a pas réussi, ce qui expliquerait le manque de succès de certains changements. Ce manque de succès a probablement d'autres explications. Ainsi, ce même principe de transparence dans la transmission du changement à venir découle d'une simplification de l'être humain lorsque l'on suggère que la résistance aux changements soit directement liée au degré auquel une communication est effective (Smith et Preker, 2001). Si une telle position est vraie cela n'en fait pas pour autant une garantie de succès. Il ne faut pas simplifier l'attitude du personnel face au changement à un point tel que l'on se retrouve dans une situation de type stimuli-réponse, selon laquelle une bonne politique provoque une bonne acceptation. Les personnes ne modifient pas leur comportement selon un tel schéma car de nombreux autres facteurs interviennent pour favoriser une véritable participation aux décisions avec tous les efforts que cela exige de la part du personnel, outre les efforts déjà engagés dans les soins et les services.

Bref, le changement passe par le personnel, mais l'importance stratégique du personnel dans le système de santé n'est, en général, pas mentionnée dans les changements. Ce paradoxe nous rappelle que les changements s'effectuent par un personnel considéré comme un atout, à qui l'on justifie les changements proposés à partir de motifs reliés aux soins et qu'il participe aux décisions, parce que l'on a adopté une conception plus réaliste de l'être humain. Ce paradoxe apparaît jouer un rôle dans la difficulté de faire des changements.

Question 1

> *La planification des ressources humaines de la santé (RHS) a-t-elle été en général un succès ou un échec? Quelles sont les principales forces et faiblesses des approches actuelles à l'échelle nationale, provinciale et territoriale? Quels changements devrait-on apporter à la planification des RHS?*

La planification de la main-d'œuvre vise l'équilibre dans le nombre de travailleurs et leur localisation dans l'organisation – la bonne personne au bon endroit et au bon moment. Pour atteindre ce type d'équilibre, Egger, Lipson et Adams (2000) affirment qu'il doit aussi y avoir un appariement avec la mission du système de santé. Ce serait donc l'orientation même du système qui serait l'élément fondamental de la planification du personnel, tel qu'évoqué au premier paradoxe. Jusqu'à tout récemment, la croissance des effectifs professionnels était contrôlée par la formation qui modulait la réponse aux besoins. Une telle conception reposait sur l'idée qu'on pouvait s'attendre à une arrivée continue de professionnels. Dans ce contexte, la planification n'était pas nécessaire et souvent on ne planifiait pas, en pensant que cela n'avait pas ou peu de liens avec les politiques de santé et les besoins de la population (O'Brien-Pallas et coll., 2001).

Il faut se rappeler qu'on prévoyait des surplus de professionnels de la santé suite aux changements entrepris dans le système de santé (Dussault, Fournier, Zanchetta, Kérouac et coll., 2001; Mitchell, 1998; Pew Commission, 1995). Il semble maintenant évident que d'autres éléments liés à ces transformations laissent plutôt entrevoir des pénuries. Dans ce contexte, la planification du niveau de personnel spécialisé par un contrôle des admissions dans les programmes professionnels devient problématique en raison des délais de réponse assez longs aux besoins. En outre, une telle formation requiert des investissements importants de la part de la personne et crée des incitatifs pour préserver l'investissement déjà effectué; par conséquent, elle empêche des fluctuations rapides pour répondre à la demande. En d'autres termes, il y a un élément d'irréversibilité dans la planification par l'admission d'étudiants dans un programme professionnel qui doit être pris en considération et qui ne semble pas correspondre aux changements rapides qu'on semble vouloir exiger dorénavant du système de santé.

Selon Markham et Birch (1997) la planification peut s'effectuer selon trois approches : à partir des besoins, à partir de la demande effective et à partir de l'utilisation. La première, la planification à partir des besoins, devrait s'effectuer à partir de données qui sont actuellement impossibles à obtenir, rendant cette approche inutilisable. Quant à une planification effectuée à partir de la demande effective, elle est difficile à réaliser car on observe une différence entre le nombre de professionnels rapporté dans les documents de planification gouvernementaux et le nombre réel de professionnels dans les milieux de soins. Le défi majeur de ce type de planification est de composer avec des bases de données cliniques et administratives qui ne permettent pas une utilisation informant à la fois les besoins du système de santé, les résultats des soins donnés par le personnel et les coûts (O'Brien-Pallas, Birch, Baumann et Murphy, 2001). Ce deuxième type de planification est actuellement compliqué.

Le troisième type de planification, celle à partir de l'utilisation ou la planification par la gestion du personnel, a donné des résultats satisfaisants dans un contexte de pénurie lorsqu'elle a utilisé trois types de stratégies : utilisation plus efficace du personnel disponible grâce à une

meilleure répartition géographique; utilisation accrue, lorsqu'il y a lieu, d'une personne à compétences multiples; meilleur appariement des compétences et des fonctions (OMS, 2000). La planification par la gestion permet de tenir compte des tâches effectives, de la division et de la subdivision des tâches de chacun de manière à obtenir plusieurs types de services indépendants les uns des autres, et de leur attribution à des personnes selon leurs compétences. Un tel mode de planification soulève plusieurs questions : Qui détermine les tâches? Est-ce que les tâches servent d'abord les besoins de l'institution et des professions et ensuite ceux de la personne soignée? Est-ce que l'on vérifie l'appariement entre ces tâches et les buts de l'organisation et ceux du système de santé? Ces questions sont importantes car les professionnels se plaignent qu'on n'utilise pas leurs compétences et leurs connaissances. Cela est une source de gaspillage et a un effet démoralisant sur le personnel. Par ailleurs, ces questions dénotent un souci de la qualité et de la continuité des soins. En effet, une division par tâche laisse le patient à lui-même en l'obligeant à se débrouiller seul pour assurer la continuité entre les différents intervenants du système. Il est donc plus que nécessaire à ce moment-ci que l'on examine les façons de travailler afin d'obtenir une meilleure compréhension qui permettra d'améliorer l'adéquation entre les tâches et les besoins (Gauthier, 2000).

Le dernier paragraphe permet de bien souligner à la fois la distinction et la complémentarité des dimensions cliniques et organisationnelles dans la planification de la main-d'œuvre. La dimension clinique apporte le contenu du travail des professionnels et le temps requis par ce contenu, alors que la dimension administrative se préoccupe du nombre de personnes étant donné ce qu'exige la dimension clinique, des ressources, des coûts et de l'organisation du service. Une planification qui ne permet pas d'inclure ces deux dimensions va certainement être problématique. À titre d'exemple, mentionnons qu'un plus grand nombre de femmes médecins a eu pour effet d'accentuer la pénurie en raison de la façon différente dont elles envisagent leur carrière. La responsabilité des professionnels au sein de l'équipe de soins et de l'équipe interdisciplinaire est en mutation et, par le fait même, de nouveaux rôles sont en émergence (OIIQ, 2001). La planification devra être en mesure de tenir compte de ces changements.

En somme, ce bref tour d'horizon de la planification qui a conduit à examiner différentes méthodes ne permet de conclure ni au succès ni à l'échec. Il souligne plutôt le paradoxe entre différentes façons de planifier qui répondent à des objectifs différents : la planification par la formation semble favoriser la vision qu'ont les professionnels du système de santé, alors que celle qui tente de répondre à la demande n'a pas les données nécessaires; celle qui part de la pratique effective doit composer avec une définition ambiguë des tâches actuelles, souvent fragmentées, qui laisse les patients se débrouiller seul avec les différents professionnels. Ceci nous conduit à un nouveau paradoxe.

Paradoxe 4 : Planification par groupe et besoin accru de mobilité et de flexibilité

La section précédente a bien souligné que la planification du personnel dans le secteur de la santé souffre d'un manque de conceptualisation : on aligne des chiffres sans trop savoir ce que cela reflète comme réalité. La planification s'est généralement effectuée par groupe de professionnels, ce que l'on appelle souvent la « planification en silo ». Une telle planification

relève également d'une vision hiérarchique du personnel de santé dans laquelle un groupe détermine le nombre requis de professionnels d'autres groupes. Cela a plusieurs conséquences pour la planification. Au premier chef, la cible de l'analyse en vue de la planification du personnel tend à être une profession, particulièrement les médecins et les infirmières (Bach, 2001), la profession médicale dominant le système de santé en dépit du fait qu'elle ne constitue qu'environ 10 p. 100 du nombre total des professionnels. Une telle situation a conduit à la fragmentation en sous-occupations et à une planification qui attribue des rôles relativement fixes aux différents groupes. À toutes fins utiles, la planification s'effectue en fonction des besoins de la médecine et du nombre de médecins. Une telle planification pourrait être efficace à condition que la médecine standardise sa pratique, facilitant ainsi la planification de la main-d'œuvre. Des efforts importants sont investis en ce sens actuellement, notamment avec la tendance à fonder les décisions cliniques sur les données probantes et les guides de pratique.

Dans la première partie du paradoxe axé sur les groupes professionnels, les difficultés actuelles de la planification pourraient ainsi n'être qu'une conséquence de la conceptualisation utilisée, soit une planification axée sur les besoins de la médecine et la fragmentation en sous-occupations des autres professions dans un système presque exclusivement curatif plutôt qu'un véritable échec de la planification. Par ailleurs, le système de santé s'appuie sur les compétences, indicateurs des comportements requis des professionnels, pour accroître la capacité de la main-d'œuvre de répondre à la demande (Bach, 2001). En mettant l'accent sur les compétences plutôt que sur les personnes, on suppose que la flexibilité provenant du décloisonnement et de l'interdisciplinarité apportera une solution aux problèmes de pénurie de personnel (Clair, 2001; Fyke,2001; Mazankowski, 2002). Dans un système curatif, on semble privilégier le décloisonnement des professions autres que la médecine pour atteindre cet objectif avec des conséquences pour la planification. En résumé, selon O'Brien-Pallas, Birch, Baumann et Murphy (2001) elle est faite de façon intermittente, varie en qualité et est centrée sur une profession en particulier.

Une autre façon de planifier serait de considérer chaque groupe indépendamment les uns des autres, un modèle dans lequel la médecine serait un groupe parmi d'autres. Une telle situation, radicalement différente, suppose l'autonomie de chaque profession. En outre, une telle planification exige un examen de l'utilisation des différents types de professionnels dans le système de santé. Pour se distinguer de ce qui existe actuellement, une telle planification devrait postuler l'accès direct de la population aux différents professionnels au lieu de reposer en majeure partie sur la pratique, la prescription médicale et l'hospitalisation. Le virage ambulatoire qui a entraîné une pratique dans des lieux moins traditionnels comme la communauté ou le domicile pourrait bénéficier d'un tel type de planification. La planification du personnel deviendrait différente tout en restant centrée sur les professionnels dans la prévision du nombre requis. La principale difficulté serait ici de préciser ce que feraient ces différents professionnels et d'en déduire le nombre requis. Une dimension qualitative devrait être ajoutée. Ce qui est souhaitable, c'est probablement une planification par profession qui serait en mesure de tenir compte de la flexibilité exigée et de la collaboration avec les autres professionnels. Comme cela risque de comporter beaucoup de variation, il est difficile de prévoir avec suffisamment de précision le nombre de professionnel requis. Cette dernière stratégie devrait inclure une préoccupation au sujet des compétences du personnel alors que les méthodes ne se préoccupent que du niveau des effectifs. Dans la prochaine section, nous reviendrons sur des éléments

inhérents à ce type de planification. Bref, on connaît mieux les limites des modèles existants, mais la planification est une activité complexe qui doit composer avec plusieurs paradoxes et laisse sans réponse la question fondamentale de la façon de planifier le personnel surtout lorsqu'elle se préoccupe plus de nombres que de ce que le personnel doit accomplir.

Question 2

> *Les politiques et les pratiques régissant la portée de la pratique, l'accréditation et l'autorisation d'exercer des groupes professionnels de la santé sont-elles d'actualité et conformes aux buts du système de santé moderne? Dans la négative, comment pourrait-on les modifier pour promouvoir l'innovation et le changement souhaité tout en préservant la qualité et en protégeant l'intérêt public?*

Il semble acquis que plusieurs facteurs engendrent un contexte de travail plus complexe et fort différent de celui d'autrefois (OIIQ, 2001). Ainsi, notre société vit des modifications démographiques importantes, comme le vieillissement de la population, l'allongement de l'espérance de vie, l'apparition de nouveaux problèmes de santé, l'augmentation de certains problèmes sociaux qui peuvent se traduire par une augmentation et une diversification de la clientèle du système de santé. S'ajoute à cela l'omniprésence des contraintes budgétaires dont nous avons traité sous l'angle de conflits entre des objectifs, de même que l'implantation de nouvelles technologies qui ont un impact sur l'organisation des soins.

Le système professionnel ne semble pas mis en doute même si, pour plusieurs, la réglementation professionnelle est un vestige du siècle passé qui encourage une mauvaise utilisation des ressources, des erreurs, un dédoublement des tâches et un manque de collaboration. En dépit de ces inconvénients, le système professionnel semble atteindre son objectif de protection du public alors que des modifications aux politiques et aux pratiques régissant la portée de l'exercice professionnel sont envisagées. Par ailleurs, la notion de compétence est de plus en plus utilisée pour tenter de faire face aux différentes limites du système professionnel et de favoriser la planification. Dans ce contexte, répondre à une question sur les politiques et les pratiques régissant la portée de la pratique des professionnels peut vouloir dire examiner la réglementation dans la perspective d'un paradoxe entre réglementer un champ d'exercice professionnel ou promouvoir les compétences.

Paradoxe 5 : Champ d'exercice professionnel et compétence

Le paradoxe réside dans le souhait de préserver la structure professionnelle et, en même temps, d'introduire la notion de compétence qui, sans en être l'antithèse, n'est pas du même ordre. Le paradoxe vient des efforts faits pour accroître à la fois l'indépendance clinique des professionnels en fonction d'un champ d'exercice précis et la flexibilité accrue que l'on attend d'eux dans le contexte d'un partage des compétences. La notion de compétence a été proposée en réponse à l'impasse actuelle, due au fractionnement des champs d'exercice professionnel, alors que plusieurs affirment que la notion de collaboration et d'interdépendance est devenue nécessaire dans un système de santé intégré où l'équipe interdisciplinaire prend en charge les soins des patients. On prévoit de nouvelles façons de diriger et d'organiser les services et les soins, ainsi que de nouvelles structures pour appuyer ce modèle décloisonné. Une gestion participative qui favorise le dialogue et les échanges entre partenaires faciliterait la collaboration par l'abolition des structures hiérarchiques et leur remplacement par des systèmes horizontaux. Dans ce contexte, on pourrait s'attendre à une certaine flexibilité dans les rôles, grâce à laquelle les compétences serviraient d'indicateurs et seraient un moyen d'atténuer les conflits entre les professionnels.

L'attrait de l'approche par la compétence est de fournir une base pour décrire et relier les pratiques professionnelles, qui sont souvent perçues comme un ensemble d'activités disparates sans grande cohésion (Bach, 2001). En mettant l'accent sur les comportements plutôt que sur les qualifications et les champs d'exercice professionnels, l'approche par la compétence pourrait faire tomber les barrières entre les professions et encourager le travail interdisciplinaire et la flexibilité des professionnels. On a l'impression que la désignation par la notion de compétence pourrait résoudre le cloisonnement des champs de pratique. Bref, c'est la juxtaposition d'un champ professionnel précis à un ensemble de compétences permettant la flexibilité des professionnels qui est paradoxal.

L'approche des compétences est souvent perçue avec méfiance par les professionnels qui souhaitent maintenir un monopole fondé sur l'expertise. Plusieurs mentionnent également la nécessité de protéger contre un partage risqué des activités exigeant un niveau de compétence unique et complexe. Pour eux, les barrières protègent contre la confusion que pourrait entraîner l'approche par la compétence.

Or, la notion de compétence n'est pas sans problème puisqu'elle est secondaire à une réflexion sur le rôle qui découle généralement du champ d'exercice, soulignant à nouveau le paradoxe au cœur de ces deux approches. Cette approche suppose qu'une certaine distinction persiste entre les rôles. En outre, pour se réaliser concrètement, l'interdisciplinarité demande une définition claire des rôles, des fonctions et de la contribution de chaque personne, de même qu'une bonne compréhension des objectifs du partenariat. Selon la Commission Pew (1995), les changements dans les champs d'exercice des professionnels doivent viser à réduire les conflits entre les professionnels et la confusion du public. La collaboration et l'interdisciplinarité ne manqueront pas de produire des conflits. Des mécanismes de résolution des conflits et des procédures de partage des champs de pratique entre deux ou plusieurs professions seront importants, peut-être même davantage que la notion de compétence.

Quant à promouvoir l'innovation, la pénurie de personnel offre une occasion intéressante de transformer les soins et les services. Elle offre l'occasion de se recentrer sur la santé avant que la maladie arrive, lorsque cela est possible, puisque la santé exige moins de personnel. L'innovation pourrait consister à la fois à offrir des services curatifs et à investir davantage dans la promotion de la santé et la prévention des problèmes pour lesquels les connaissances nous permettent d'agir en vue d'améliorer la santé de la population. Elle pourrait aussi être l'occasion d'offrir à la population l'accès direct aux différents professionnels sans devoir passer par la médecine ou l'hospitalisation. En somme, la pénurie est une occasion privilégiée de revoir les procédures et les façons de dispenser les soins, la délimitation des champs d'exercice professionnel et l'accès aux professionnels actuellement sous le contrôle de la médecine dans le système public.

En somme, les règlements professionnels sont encore considérés comme le meilleur moyen d'assurer la protection du public. L'ajout de la notion de compétence crée un paradoxe lorsque les deux sont considérés comme interchangeables. De fait, les compétences découlent des champs de pratiques et des qualifications professionnelles et elles doivent rester secondaires à une définition du rôle professionnel et à la mission du système de santé. Ce sont plutôt des mécanismes de résolution des conflits liés à la collaboration interdisciplinaire qui sont souhaités pour accroître la flexibilité.

Question 3

> *Les programmes d'enseignement produisent-ils un effectif qui a les capacités et les perspectives nécessaires pour répondre aux besoins d'un milieu de la santé changeant et de plus en plus intégré? Dans la négative, quels changements devrait-on apporter?*

Il est bien difficile d'offrir une réponse définitive à cette question, qui en soulève plusieurs autres. On demande à la formation de répondre aux nouvelles exigences du système de santé et aux changements qui surviennent dans le système. De quoi parle-t-on exactement?

- Est-ce qu'il s'agit d'une suggestion de changement dans un contexte plus général de hiérarchisation des professions de la santé? Dans l'affirmative, est-ce que la profession qui se trouve en haut de la hiérarchie (la médecine) doit être la seule à ajouter de nouveaux éléments à sa formation? Déléguera-t-elle aux autres certaines de ses prérogatives actuelles, particulièrement celles qui lui donnent l'impression d'être sous-utilisée? Ce contexte de l'interdisciplinarité souhaitée, présente dans les discours alors qu'elle est bien marginale dans les faits (Schmitt, 2002), semble en constituer un bon exemple.

- Ou encore s'agit-il d'une nouvelles façon de dispenser des soins et des services à partir d'une approche dans laquelle la porte d'entrée du système n'est pas nécessairement la médecine? S'agirait-il d'une pratique interdisciplinaire à laquelle la population aurait un accès direct et qui demanderait une plus grande indépendance clinique pour tous les professionnels, alors même qu'ils collaboreront en interdisciplinarité avec une valorisation des compétences? Dans ce cas, toutes les professions devront apporter des changements à leur formation.

- Ou s'agit-il de changements généralisés de milieux de pratique, ou encore d'une exigence de mobilité entre les milieux de soins et de services, lesquels, en fournissant moins d'encadrement et moins de présence simultanée des professionnels, nécessitent une plus grande indépendance clinique pour tous les professionnels et une modification de la formation en conséquence?

- Ou – et il faut soulever cette possibilité – s'agit-il d'un changement suggéré dans le discours alors que les milieux de la pratique ont à peine changé ou que les changements effectués sont déjà incorporés dans la formation et ne nécessitent pas de changements majeurs. À titre d'exemple, 93 p. 100 des programmes des écoles de sciences infirmières et de professionnels de la santé aux États-Unis utilisent déjà les compétences proposées par la Commission Pew (Brady, Leuner, Bellack, Loquist, Cipriano et O'Neill, 2001). Un autre élément d'importance est la perception des professionnels qui estiment leurs connaissances et leurs habiletés sous-utilisées actuellement. Ainsi, le rapport de la Saskatchewan (Fyke, 2001) indique que plusieurs se plaignent que leurs compétences et leurs habiletés ne sont pas entièrement mises à contribution et que, si elles l'étaient, cela produirait de meilleurs résultats chez les patients et des économies pour le système.

Il n'est pas facile de répondre à ces questions, d'autant plus qu'elles sont mutuellement exclusives – répondre par l'affirmative à l'une signifie que l'on répond automatiquement par la négative à l'autre. Plusieurs autres questions peuvent être soulevées en ce qui a trait aux

changements dans la formation. Une question se pose plus particulièrement au sujet du moment où la modification à la formation devrait être apportée : doit-elle précéder ou donner suite aux changements dans la pratique? Lorsque les changements dans la formation devancent la modification de la pratique, cela risque de créer beaucoup d'insatisfaction chez les nouveaux diplômés, qui seront alors confrontés à des milieux de pratique qui ne correspondent pas à leurs attentes; après le changement, elles entraîneront d'autres problèmes puisqu'un délai plus ou moins long s'écoulera avant que les nouveaux diplômés n'arrivent avec la formation requise.

Par ailleurs, l'insistance sur la nécessité de changer la formation pourrait laisser croire qu'il s'agit en fait d'une stratégie pour forcer le système à changer en faisant porter individuellement à des professionnels novices la responsabilité du changement. La réorientation des programmes de formation est certes justifiée et peut servir de moteur au changement dans le système de santé, mais elle risque de faire reposer sur les épaules des débutants des transformations systémiques qui suscitent une grande résistance de la part du personnel en place pour des raisons évidentes et d'autres moins bien comprises qui semblent relever davantage des paradoxes examinés dans cette étude. De telles intentions à l'égard de la formation devraient être considérées soigneusement, en prévoyant des mécanismes de soutien pour les diplômés, le cas échéant.

Par ailleurs, on invoque souvent des changements dans la formation lorsque les milieux de pratique se plaignent de recevoir des nouveaux diplômés qui ne sont pas prêts à fonctionner de façon autonome ou encore qui frôlent l'incompétence. Une première question à la lumière des critiques répétées des milieux de la pratique envers les milieux de la formation est de se demander si l'on souhaite une formation d'apprenti ou une formation de professionnel. Une formation d'apprenti prépare à l'exécution de tâches standardisées et, à prime abord, semble mieux répondre aux besoins de la pratique et à ceux d'un certain type de gestion de cette pratique. Par ailleurs, une formation de professionnel ne permet pas à un débutant d'avoir maîtrisé parfaitement les habiletés et les liens à faire entre les connaissances apprises et les situations pratiques. Exiger que cela soit bien maîtrisé entraînerait une formation plus longue et une intégration progressive dans les services. Ces critiques se font plus vives actuellement en raison de la transformation du système de santé et de la pénurie de main-d'œuvre, qui fait en sorte que les milieux cliniques ont de la difficulté à soutenir les débutants. Ces derniers ont besoin d'un soutien particulier pour se développer professionnellement vers l'autonomie, et les milieux de la pratique sont les seuls capables d'appuyer cette maturation professionnelle. Demander des changements dans la formation ne semble pas répondre au véritable problème.

En outre, la formation pratique pose un autre problème fondamental dans la situation actuelle, notamment lorsqu'on affirme que les professionnels devraient être mieux préparés à la pratique dans des milieux cliniques diversifiés. Le système de santé a traditionnellement formé des professionnels dans les hôpitaux, alors que le système de santé se dirige vers des soins extra-hospitaliers. Le milieu extrahospitalier n'offre pas les meilleures conditions d'accueil et d'encadrement pour les étudiants. Les professionnels y travaillent souvent en solitaire ou en petits groupes et ils peuvent difficilement être libérés de leurs fonctions pour assurer l'encadrement. La réduction du financement pour la formation associée aux changements dans le système de santé limite la capacité des milieux de la formation d'offrir une formation pratique à tous les étudiants en raison des compressions de personnel. Il devient donc nécessaire d'examiner la collaboration de tous à la formation pratique et, dans les cas où le système n'a pas

réussi à assurer un milieu de stage correspondant au milieu de travail, à mettre en place des modalités de transition pour les diplômés. Le système de santé doit examiner son engagement envers la formation pratique et promouvoir une intégration effective de la formation et de la pratique s'il veut bénéficier d'une relève compétente, bien formée et qui ne décidera pas de quitter prématurément une profession parce que les conditions d'intégration y sont trop difficiles (Bauman, O'Brien-Pallas, Armstrong-Strassen et coll., 2001; Lindeman, 2000).

Par ailleurs, les nouvelles approches en soins et services visent de plus en plus à assurer une continuité des soins supervisée par des professionnels. Une telle façon de procéder représente un ajout à la formation. Former à la continuité des soins peut vouloir dire former le personnel à la mobilité, afin de pouvoir suivre les patients au cours de l'épisode de soins, soit en pré, intra et post-hospitalisation. Ensuite, les professionnels doivent améliorer leur connaissance organisationnelle du réseau de la santé en vue d'assurer la continuité des soins dans les différents établissements. Une telle formation exigera toutefois des changements structurels dans le système de santé, notamment des modifications aux contrats de travail de plusieurs groupes professionnels qui permettent difficilement une mobilité accrue de la main-d'œuvre. La continuité pose à nouveau la question du moment de l'introduction dans la formation lorsque des contraintes structurelles sont toujours en place.

Conclusion

Les changements dans le système de santé se sont succédés et ont eu des répercussions importantes sur le personnel. Plusieurs travaux récents menés par des spécialistes des questions relatives au personnel du système de santé permettent déjà à la Commission d'être informée de la situation actuelle, des changements apportés, des solutions de rechange et des principaux enjeux.

Plusieurs constats et paradoxes qui relèvent de l'évidence ont été examinés. Cette brève étude a montré que le discours sur le changement dans le système de santé est bien présent et qu'il aurait avantage à considérer le personnel qui est au cœur de la prestation des soins, à donner la priorité à sa réalisation et à s'inspirer d'une vision collective du système de santé. La réglementation des professionnels semble adéquate même si elle ne montre pas clairement comment elle pourrait être réconciliée avec l'interdisciplinarité, la collaboration et la pratique en milieux diversifiés. La formation des professionnels suscite des questions importantes quant au moment approprié pour y introduire des nouveautés, de façon à permettre aux professionnels d'être à l'aise lorsque la mission du système de santé sera précisée et qu'en conséquence, la nature du travail du personnel et de sa formation pourra être précisée.

Note

1 Le mot personnel sera préféré à l'expression ressources humaines pour souligner la différence entre les personnes et les ressources financières et matérielles.

Bibliographie

Aiken, L.H., H.L. Smith et T.E. Lake. 1994. « Lower medicare mortality among a set of hospitals known for good nursing care », *Medical Care* 32, 771-787.

Bach, Stephen. 2001. *Human Resources and New Approaches to Public Sector Management – Improving Health Resources Management Capacity*, Organisation mondiale de la santé, Genève.

Baumann, A., L. O'Brien-Pallas, M. Armstrong-Strassen, J. Blythe, R. Bourbonnais, S. Cameron, D.I. Doran,, M. Kerr, M. Vézina, M. Butt et L. Ryan. 2001. *Engagement et soins : les avantages d'un milieu de travail sain pour le personnel infirmier, leurs patients et le système*, Fondation canadienne de la recherche sur les services de santé, Ottawa.

Brady, M., J.D. Leuner, J.P. Bellack, R.S. Loquist, P.F. Cipriano et E.H. O'Neill. 2001. « A proposed framework for differentiating the 21 Pew competencies by level of nursing education ». *Nursing and Health Care Perspective*, 22 (1), 30-35.

Clair, M. 2001. *Les solutions émergentes*, Rapport de la Commission d'étude sur les services de santé et les services sociaux. MSSS, Québec.

Dussault, G., M.A. Fournier, M.S. Zanchetta, S. Kérouac, J.L. Denis, L. Bojanowski, M. Carpentier et M. Grossman. 2001. *Le marché du travail en soins infirmiers au Canada : revue de la littérature*. Rapport présenté à la Table ronde des intervenants en soins infirmiers, Université de Montréal, GRIS.

Egger, D., D. Lipson et O. Adam. 2000. *Human Resources for Health. Issues in Health Services Delivery*, Discussion Paper No. 2, Organisation mondiale de la santé, Genève.

Enriquez, E. 1997. *Les jeux de pouvoir et du désir dans l'entreprise*, Desclée de Brouwer, Paris.

Fagin, C.M. 2001. *When Care Becomes a Burden: Diminishing Access to Adequate Nursing*. Report. Milbank Memorial Fund. 25 p.

Fournier, L. 1999. Pourquoi le virage ambulatoire?, dans *Soins infirmiers et Société, publié sous la direction de* O. Goulet et C. Dallaire, Boucherville, Gaëtan Morin.

Fyke, J.K. 2001. *Caring for Medicar – Sustaining a Quality System*, Commission on Medicare. gouvernement de la Saskatchewan, Saskatoon.

Gauthier, G. 2000. *Rapport du forum sur la planification de la main-d'œuvre*, Ministère de la santé et des services sociaux, gouvernement du Québec.

Koehoorn, M., G.S. Lowe, K.V. Rondeau, G. Schellenberg. 2002. *Créer des milieux de travail de haute qualité dans le secteur de la santé*, document de recherche des RCRPP, Ottawa.

Lindeman, C.A. 2000. The future of nursing education, *Journal of Nursing Education*, 39(1), 5-12.

Markham, B. et S. Birch. 1997. « Back to the future: a framework for estimating health care human resource requirements », *Canadian Journal of Nursing Administration*, 10(1), 7-23.

Mazankowski, D. 2001. *A Framework for Reform – Report of the Premier's Advisory Council on Health*, gouvernement de l'Alberta, Edmonton.

Mintzberg, H. 1994. *Grandeur et décadence de la planification stratégique*. Paris.

Mitchell, J.G. 1998. *Recreating Health Professional Practice for a New Century*. Fourth Report of the Pew Health Profession Commission, San Fransisco.

O'Brien-Pallas, L., S. Birch, A. Bauman, et G.T. Murphy. 2001. *Integrating Workforce Planning, Human Resources and Service Planning*, Organisation mondiale de la santé, Genève.

Ordre des infirmières et infirmiers du Québec. 2001. *La vision contemporaine de l'exercice infirmier*, OIIQ, Montréal.

Organisation mondiale de la santé. 2000. « *Pourquoi les systèmes de santé sont-ils importants* », chapitre 1 du *Rapport sur la santé dans le monde 2000*, p.3 à 22. www.who.int/whr/2000/fr/report.

Pew Health Profession Commission. 1995. *Critical Challenges: Revitalizing the Health Profession for the Twenty-First Century*. Third Report of the Pew Health Profession Commission, San Fransisco.

Schmitt, M.H. 2002. « Seizing the moment: An opportune time to study the outcomes of interprofessional education and health care delivery », éditorial, *Research in Nursing & Health*, 24, iii-v.

Smith, A., Doublas et Alexander S. Preker. 2000. *Labour Market Adjustment in Health Systems*, Organisation mondiale de la santé, Genève.

Sinclair G., Duncan. 2000. *Regard sur le passé, regard sur l'avenir*, Commission de restructuration des services de santé de l'Ontario, gouvernement de l'Ontario, Toronto.

Statistique Canada (Division de la démographie). 1988 et 1997. *Personnel de la santé au Canada*, <http://www.cihi.ca/french/fmedrls/june1tablesf/tableau_1.shtml>(1988 et 1997).